



**PROVENCE-ALPES-
CÔTE-D'AZUR**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R93-2023-154

PUBLIÉ LE 27 OCTOBRE 2023

Sommaire

Agence régionale de santé PACA /

R93-2023-10-26-00005 - Arrêté portant adoption du PRS 2023-2028 VF (2 pages)	Page 3
R93-2023-10-26-00007 - Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis - PRS 2023-2028 (44 pages)	Page 6
R93-2023-10-26-00006 - Projet régional de santé - Schéma régional de santé PRS-2023-2028 (340 pages)	Page 51

Agence régionale de santé PACA

R93-2023-10-26-00005

Arrêté portant adoption du PRS 2023-2028 VF

DG-1023-10318-D

Arrêté portant adoption du Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023-2028

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1434-1 à L.1434-7, L.1434-9, L.1234-3-1 et L.1243-8, R.1434-1 à R.1434-9, R.1434-11 à R.1434-12 et R.1434-30 à R.1434-32 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L.149-1 ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu le décret du 14 septembre 2022 portant nomination de monsieur Denis Robin en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'arrêté n°2016037-0024 du 24 octobre 2016 du Directeur général de l'Agence régionale de santé définissant les territoires de démocratie sanitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'arrêté du 24 septembre 2018 portant adoption du projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028 et l'arrêté rectificatif du 02 septembre 2019 ;

Vu l'arrêté n°2023PRS-06-34 du 22 juin 2023 portant délimitation des zones du Schéma régional de santé Paca donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds et donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité ;

Vu l'avis modificatif de consultation du Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur du 10 juillet 2023 publié au recueil des actes administratifs de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sous le n° R93-2023-07-10-00001 ;

Vu l'avis rendu par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie en date du 26 septembre 2023 ;

Vu la saisine des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie en date du 10 juillet 2023 ;

Vu les avis rendus par le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie du Var en date du 25 septembre 2023 et celui du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie des Hautes-Alpes en date du 29 septembre 2023 ;

Vu la saisine du Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en date du 10 juillet 2023 ;

Vu la saisine du Conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur en date du 10 juillet 2023 ;



Vu la saisine des Conseils départementaux en date du 10 juillet 2023 ;

Vu les avis rendus par les Conseils départementaux de Vaucluse en date du 25 septembre 2023, du Var en date du 09 octobre 2023, des Alpes-Maritimes en date du 10 octobre 2023, des Hautes-Alpes en date du 11 octobre 2023 et des Alpes-de-Haute Provence en date du 23 octobre 2023 ;

Vu la saisine des collectivités locales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en date du 10 juillet 2023 ;

Vu les avis des collectivités locales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'avis rendu par le Conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur en date du 20 septembre 2023 ;

Vu l'avis rendu par l'Agence de biomédecine en date du 29 septembre 2023.

ARRETE

Article 1 - Le Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023-2028 est adopté.

Article 2 - Le Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023-2028 est composé des éléments suivants :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) établi pour dix ans 2018-2028
- Le schéma régional de santé (SRS) établi pour cinq ans
- Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) établi pour cinq ans

Article 3 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les éléments constitutifs du Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur sont publiés sur le site internet de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur : [Le projet régional de santé 2023-2028 | Agence régionale de santé PACA \(sante.fr\)](https://www.paca.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2023-2028)

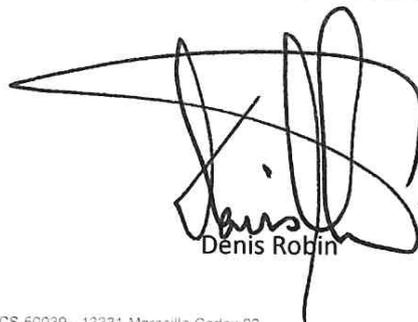
Article 4 - L'arrêté en date du 24 septembre 2018 enregistré au recueil des actes administratifs sous le n° R93-2018-09-24-008 et son rectificatif en date du 2 septembre 2019, enregistré au recueil des actes administratifs sous le n° R93-2019-09-02-009 portant adoption du Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028, sont abrogés concernant les dispositions relatives au schéma régional de santé et au programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, à compter de l'entrée en vigueur du présent Projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2023-2028.

Le cadre d'orientation stratégique défini pour la période 2018-2028 reste inchangé.

Article 5 - Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 6 - Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Marseille, le 26 octobre 2023



Denis Robin

Agence régionale de santé PACA

R93-2023-10-26-00007

Programme régional pour l'accès à la prévention
et aux soins des plus démunis - PRS 2023-2028

Projet régional

de santé 2023-2028

PROGRAMME
RÉGIONAL POUR
L'ACCÈS A LA
PRÉVENTION ET
AUX SOINS DES
PLUS DÉMUNIS
(PRAPS)



INTRODUCTION

Le Projet régional de santé (PRS) prend en compte la santé de l'ensemble des habitants de la région, y compris celle des publics en situation d'exclusion : il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces enjeux sont repris dans le Cadre d'orientation stratégique (COS) et dans le Schéma régional de santé (SRS).

Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est intégré au Projet régional de santé (PRS) et constitue le seul programme obligatoire au sein du PRS. Il permet un éclairage spécifique sur la situation des personnes les plus en difficulté vis-à-vis de la santé. Il compile dans un même document les questions spécifiquement relatives à un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun.

Comme l'ensemble du PRS, il est par nature très transversal et intersectoriel. L'exigence de complémentarité et d'articulation des politiques publiques est encore plus grande car les ruptures de parcours impactent plus durement les publics en situation de précarité tout au long de leur vie. Ainsi, le PRAPS doit être porté par l'ensemble des directions de l'ARS et par l'ensemble des partenaires concernés, institutionnels, professionnels de santé, du secteur social, médico-social, associations, collectivités territoriales, usagers...

Son élaboration a fait l'objet de nombreuses concertations mais il est impératif que sa mise en œuvre et son suivi soient également très collaboratifs.

Les publics du PRAPS sont les personnes les plus précaires de notre société. Ce sont celles les plus éloignées du système de santé et de ce fait, présentent un état de santé plus dégradé que les personnes moins défavorisées¹ :

- les maladies chroniques surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à renforcer les inégalités d'espérance de vie observées entre les plus modestes et les plus aisés ;
- santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés ;
- parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés ;
- un recours aux dépistages moins fréquent parmi les catégories socialement défavorisées ;
- de nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés ;
- troubles non corrigés de la vue chez les enfants et les jeunes.

L'accès aux soins en Paca demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé s'accroissent. Elles risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes.

Le contexte de crise financière, crise sanitaire, guerre aux frontières de l'Europe, inflation, crise énergétique, événements climatiques extrêmes, envolée des prix de l'alimentaire et incertitudes multiples accentuent encore le risque de voir des personnes basculer dans la précarité. Les premiers touchés sont les jeunes, les femmes seules avec enfant(s), les inactifs, les travailleurs pauvres et les immigrés. De plus, la crise migratoire avec des arrivées et des déplacés en provenance de Syrie, d'Afghanistan, d'Ukraine, d'Afrique notamment, entraîne une grande précarité des personnes dans l'attente d'une réponse de demande d'asile, ainsi qu'une paupérisation des déboutés du droit d'asile et des migrants sans titre de séjour.

¹ Source : Etat de santé de la population en France, DREES septembre 2022.

QUELS ENJEUX A LONG TERME ?

- Amélioration des connaissances de l'état de santé des populations et visibilité de l'offre.
- Complémentarité et articulation des politiques publiques pour faciliter le décroisement et renforcer l'interconnaissance des acteurs.
- Accès aux droits et au système de santé pour tous.
- Prise en compte des personnes les plus vulnérables dans leur parcours de santé et de vie.
- Mobilisation des professionnels du premier recours pour le retour au droit commun.
- Formation des professionnels aux spécificités des populations.
- Evolution vers des méthodes et des actions qui permettent l'implication des personnes concernées et ainsi l'évolution des comportements favorables à la santé de ceux qui en ont le plus besoin.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- L'offre en ville est organisée pour permettre à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville sans avance de frais.
- Les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques sont proposés au sein des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou via des partenariats avec la ville et l'associatif.
- Les femmes en situation de précarité bénéficient d'un meilleur accompagnement gynécologique et obstétrique.
- La fonction d'interface de la médiation en santé est assurée entre les populations vulnérables et les professionnels de santé.
- L'accès aux soins est facilité par l'accès à l'interprétariat en santé.
- Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux sont formés à la précarité, la santé mentale et aux addictions.

SOMMAIRE

A - OBJECTIFS STRATEGIQUES TRANSVERSAUX	5
1. Analyser les milieux de vie et les fragilités des publics du PRAPS	5
2. Proposer une gouvernance du PRAPS et une coordination dans les territoires	5
3. Permettre un accès aux soins de premier recours pour les plus vulnérables et éviter ainsi le recours à l'hôpital si l'état de santé ne le justifie pas.....	5
4. Investir dans « l'aller-vers » et le faire-avec pour lutter contre le non-recours, l'incompréhension, les ruptures, le renoncement aux soins	6
5. Généraliser l'offre d'interprétariat en santé y compris en ville.....	7
6. Consolider les PASS hospitalières et leur coordination régionale.....	8
B - PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE POPULATIONS SPECIFIQUES QUI CUMULENT DES VULNERABILITES	11
1. Les enfants, les mineur(e)s, les jeunes majeur(e)s	11
▪ Les enfants en situation de précarité, les enfants sous protection de l'aide sociale à l'enfance 13	
▪ Les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de précarité, d'errance, sous protection ou non accompagnés, les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de migration	13
2. Les femmes en situation de précarité.....	16
3. Les personnes migrantes.....	19
4. Les personnes sous-main de justice	23
▪ Concernant les adultes.....	24
▪ Concernant les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s à la protection judiciaire de la jeunesse* (PJJ)	27
5. Les personnes en situation de prostitution / travailleuses et travailleurs du sexe	29
6. Les personnes sans abri et celles accueillies en structures d'hébergement.....	31
7. Les gens du voyage / communautés en mode de vie itinérant	33
8. Les travailleuses et travailleurs en situation de précarité, dont les travailleuses et travailleurs saisonniers, les travailleuses et travailleurs agricoles	36
C- INDICATEURS DE SUIVI	39
D - ATELIERS.....	40
E - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS EXPERTS EXTERNES AUX ATELIERS.....	40
F - CONTRIBUTIONS ECRITES EXPERTS EXTERNES ISSUES DES ATELIERS.....	41
G - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS INTERNES AUX ATELIERS	41
H – REDACTEUR	42

A - OBJECTIFS STRATEGIQUES TRANSVERSAUX

1. Analyser les milieux de vie et les fragilités des publics du PRAPS

- Mieux connaître et dénombrer les publics, et leurs besoins.
- Créer un observatoire en Paca en s'appuyant sur les recensements existants et en les complétant, et prendre en compte notamment dans cette réflexion, les travaux qui sont menés par les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).
- Territorialiser l'observation en privilégiant la plus fine échelle géographique possible.

2. Proposer une gouvernance du PRAPS et une coordination dans les territoires

- Améliorer l'interconnaissance des acteurs tout comme la cohérence d'ensemble de l'offre disponible → lisibilité et communication.
- Prendre en compte la ruralité.
- Proposer une concertation régionale des acteurs pour que le PRAPS soit un outil prenant en compte les problématiques de santé dans leur diversité territoriale, les actions mises en œuvre, leur suivi et leur évaluation.
- Proposer une coordination opérationnelle départementale à structurer :
 - entre délégations départementales des agences régionales de santé (DDARS) et directions départementales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), du secteur hébergement et de l'accueil de jour → bilatérales régulières à réactiver ;
 - entre DDARS et Préfectures secteur asile, intégration : concertation départementale, comitologie, échanges des informations réciproques ;
 - entre acteurs territoriaux : partenaires institutionnels, associations, contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM), structures d'exercice coordonné, structures médico-sociales, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), centre hospitalier (CH), Conseils départementaux.
 - Conseil territorial de santé (CTS) annuel consacré au PRAPS / commission prévention.

3. Permettre un accès aux soins de premier recours pour les plus vulnérables et éviter ainsi le recours à l'hôpital si l'état de santé ne le justifie pas

- Développer une offre en ville type « PASS de ville » : organisation permettant à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville et de bénéficier d'un accompagnement pour l'ouverture de leurs droits ou la réactivation et réouverture de leurs droits, sans avance de frais. La modalité d'organisation de type « PASS de ville » répond donc à deux objectifs : l'accès aux droits et l'accès aux soins de premier recours (médecin généraliste, infirmiers, pharmaciens et laboratoires). Les « PASS de ville » peuvent s'appuyer sur différentes modalités d'organisation : structure ad hoc ou modalité d'intervention au sein de structures déjà existantes (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé). Elles peuvent être portées par des associations. Elles font l'objet d'une labellisation de l'ARS.
 - Labelliser dans les territoires des PASS dites de ville

- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de ces publics dans une logique d'interconnaissance des acteurs et des dispositifs.
- Soutenir les professionnels de santé du premier recours pour permettre de lever les freins, préjugés et/ou les craintes vis-à-vis de publics cumulant des difficultés > les informer > les former > développer des outils spécifiques (documentation « facile à lire et à comprendre » (FALC), traductions, webinaires, échanges de pratiques avec des professionnels aguerris...).
- Coordonner sur le territoire en proximité afin d'améliorer la fluidité des parcours des patients.

4. Investir dans « l'aller-vers » et le faire-avec pour lutter contre le non-recours, l'incompréhension, les ruptures, le renoncement aux soins

- Poursuivre le développement de la médiation en santé en interface entre les populations vulnérables et les professionnels de santé

La médiation en santé vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. Elle s'adresse à la fois aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique /migrants, demandeurs d'asile, personnes en situation de précarité, d'isolement, mineurs isolés, les situations de crainte ou de méconnaissance du système de soins, illettrisme, handicap sensoriel (les sourds et malentendants) et les acteurs du système de santé qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.

Elle vise à favoriser l'autonomie des personnes dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités (*Référentiel Haute Autorité de Santé 2017*).

Plusieurs actions existent en centre fixe (hôpitaux, centres et maisons de santé, structures d'exercice coordonné, etc.), et/ou des actions d'« aller-vers » ainsi que de ramener-vers le système de soins et de prévention :

- En PASS : Les 2 plus importantes PASS de la région (Assistance publique des hôpitaux de Marseille – l'AP-HM – et le Centre hospitalier universitaire – CHU – de Nice) ont complété leurs équipes pluridisciplinaires de médiateurs en santé à partir de 2021. Les postes de médiateurs sont transversaux aux PASS Adultes, PASS Mères-Enfants et PASS Mobiles. Il serait nécessaire de sanctuariser ces postes et de développer des postes de médiateurs en santé dans d'autres PASS et notamment dans les PASS avec une file active importante, du fait d'un accueil de public important dans le cadre de flux migratoires ou d'interculturalités, soit du fait d'une implantation dans un territoire avec une grande précarité.

Territoires prioritaires

PASS de Toulon-La Seyne
 PASS de Briançon
 PASS de Gap
 PASS d'Avignon

En structures associatives sociales d'accueil de personnes très vulnérables où les personnes accueillies restent ou sont amenées à fréquenter régulièrement ces structures. Principalement concentrée sur le territoire des Bouches-du-Rhône, la médiation en santé doit pouvoir se développer sur les autres départements et notamment ceux qui en sont totalement dépourvus en priorité.

Territoires prioritaires :

- Département du Var
- Département des Alpes-de-Haute-Provence
- Département des Hautes-Alpes

- Pérenniser et développer les actions mobiles « santé social » sur les lieux de vie et sur les territoires : PASS Mobiles, équipes mobiles santé précarité, équipes mobiles psychiatrie précarité, consultations avancées...

Territoires prioritaires

- Département des Bouches-du-Rhône
- Département du Var
- Département des Hautes-Alpes
- Département de Vaucluse

- Garantir un pilotage coordonné de « l'aller-vers » dans les territoires
→ Médiation en santé et activités mobiles : animation du réseau des comités départementaux et régional d'éducation pour la santé (CRES et CODES).

5. Généraliser l'offre d'interprétariat en santé y compris en ville

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical - *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques Haute Autorité de Santé (octobre 2017)*.

La non-maîtrise de la langue constitue d'autant plus un handicap et une perte de chance, en l'absence de la mesure correctrice que constitue l'intervention d'un interprète, qu'elle se conjugue très fréquemment avec une situation de précarité qui majore les difficultés de santé. A ce titre, apporter une réponse aux difficultés linguistiques contribue à la lutte contre la précarité, participe à la réduction des inégalités de santé, et constitue légitimement un moyen d'intervention devant faciliter l'accès aux soins des populations les plus démunies.

La question de l'interprétariat est une problématique récurrente en PACA.

À l'occasion de l'élaboration du référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, le Collège de la Haute Autorité de Santé souligne l'importance d'un ancrage de l'interprétariat professionnel dans les territoires au sein desquels des barrières linguistiques dans l'accès à la prévention et aux soins sont observées, aussi bien en établissements de santé qu'en médecine de ville.

- Mettre en place une fonction de coordination de l'interprétariat en milieu hospitalier : sensibiliser et former les professionnels de santé au bon usage de l'interprétariat, organiser le recours y compris avec les volontaires internes aux établissements.

- Rappeler aux établissements de santé l'obligation de l'accès à l'interprétariat en santé.
- Faire connaître en interne les modalités d'accès et renouveler l'information dans le temps.
 - Réaliser un état des lieux
- Recenser les accès à l'interprétariat (questionnaire de recensement des abonnements et des accès à l'interprétariat, notamment « Inter Service Migrants » ISM).
- Analyser la couverture, les besoins, les manques.
- Rechercher une / des modalités de recours simplifiées, facilitant les relations de soins.
- Faire connaître les possibilités d'interprétariat.
- Structurer et fluidifier l'offre existante et à déployer : réflexion sur une offre territoriale, régionale.
 - Sensibiliser les professionnels : formation croisée avec des professionnels utilisateurs afin de lever les freins et banaliser le recours

6. Consolider les PASS hospitalières et leur coordination régionale

L'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998, jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les PASS, services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux. Depuis plusieurs années, en lien avec le service social hospitalier, leur rôle central dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie ainsi que leur expertise dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité ont été confortés et reconnus par l'ensemble des acteurs de la lutte contre la précarité.

Les publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ;
- pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé (personnes allophones, personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins par la PASS, le temps nécessaire à un relais pérenne par un autre dispositif de droit commun.

Les PASS hospitalières ont fait l'objet d'un cahier des charges actualisé par l'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 12 avril 2022 afin de mieux prendre en compte les nouveaux défis auxquels elles font face, notamment le développement de nouvelles formes de précarité, la prise en charge des personnes migrantes ou la mise en œuvre de l'activité mobile de certaines PASS, dont le développement a été favorisé sur les territoires dans l'objectif « d'aller-vers » les publics les plus éloignés du système de santé.

La mission de coordination régionale des PASS est une mission inscrite dans l'instruction nationale du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des PASS. Les coordonnateurs régionaux, en lien avec la DGOS et les référents PRAPS-PASS-précarité des ARS, ont pour mission :

- d'animer le réseau des PASS ;
- d'accompagner et de soutenir les équipes PASS à la mise en œuvre des recommandations du cahier des charges, des objectifs et du suivi des PASS (suivi des recommandations, conseils et expertise, suivi budgétaire et financier et accompagnement des équipes en lien avec l'ARS), et des projets inscrits dans l'organisation territoriale de santé auxquels les PASS concourent ou contribuent.

Au niveau national, les coordonnateurs régionaux des PASS assurent, en lien avec leurs confrères des autres régions, une articulation étroite avec la DGOS dans le but de permettre une harmonisation dans la mise en œuvre des recommandations et une homogénéisation des pratiques.

L'équipe de coordination régionale des PASS-Paca émane d'un projet conjoint AP-HM et CHU de Nice retenu et validé par la DGOS en 2008. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire (temps médicaux et temps social).

En Paca :

29 établissements de santé disposent d'une PASS généraliste :

- 3 PASS Adultes dans les Alpes-de-Haute-Provence : CH Digne, CH Manosque, CH Sisteron
- 2 PASS Adultes dans les Hautes-Alpes : CH CHICAS Gap, PASS Briançon
- 5 PASS dans les Alpes-Maritimes : CHU Nice, CH Menton, CH Antibes, CH Grasse, CH Cannes
- 9 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CHU AP-HM (3 sites Nord, Conception et Timone), CH Aix-Pertuis, CH Arles, CH Aubagne, CH La Ciotat, CH Martigues, CH Salon
- 7 PASS dans le Var : CHI Toulon La Seyne, CH Hyères, CHI Fréjus-Saint-Raphaël, CH de La Dracénie, CHI Brignoles Le Luc, CH Saint-Tropez,
- 6 PASS Adultes dans le Vaucluse : CH Cavaillon, CH Avignon, CH Carpentras, CH Orange, CH Valréas, CH Apt

4 établissements de santé disposent d'une PASS Mères-Enfants :

- 1 PASS dans les Alpes-Maritimes : CH Lenval Nice
- 1 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CHU AP-HM Marseille
- 1 PASS dans le Var : CHITS Site Sainte-Musse Toulon
- 1 PASS dans le Vaucluse : CH Avignon

5 établissements de santé disposent d'une activité dentaire :

- 1 PASS dans les Alpes-Maritimes : CHU Nice
- 2 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CH AP-HM Marseille, CH Arles
- 1 PASS dans les Hautes-Alpes : CH Briançon
- 1 PASS dans le Vaucluse : CH Apt

6 établissements de santé disposent d'une activité mobile ou d'une Equipe Mobile Précarité Santé rattachée à un CH :

- 1 PASS mobile dans les Alpes-de-Haute-Provence : PASS conjointe Digne Manosque
- 2 PASS mobile dans les Hautes-Alpes : PASS CHICAS Gap, PASS CH Briançon
- 1 PASS dans les Bouches-du-Rhône : PASS mobile AP-HM Marseille
- 1 EMPS dans les Alpes-Maritimes : EMPS CHU Nice
- 1 PASS mobile gynécologique : CHITS Site Sainte Musse Toulon

4 établissements de santé disposent d'une PASS Psychiatrique :

- 2 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CH Edouard Toulouse, CH Aix-Montperrin
- 1 PASS dans le Var : CHI Toulon La Seyne (2 sites : Georges Sand à La Seyne et Sainte-Musse à Toulon)
- 1 PASS dans les Hautes-Alpes : CH Buech Durance Laragne Gap

- Rendre lisible ce dispositif régional sur le territoire pour qu'il constitue un réel appui auprès des acteurs de 1ère ligne et participe à l'équité de traitement des usagers sur le territoire

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Contractualisation avec l'ARS : objectifs, missions, financements
- Communication
- Refonte de la page dédiée sur site internet ARS

- Poursuivre la structuration des PASS comme acteur d'un réel accès aux soins et facilitant l'accès au droit commun, en lien avec le réseau professionnel de chaque territoire, qu'il soit urbain ou rural

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Désigner au sein des GHT un « référent précarité » transversal permettant un soutien institutionnel et la mise en place d'un parcours santé précarité
- Accompagner les PASS à la mise en conformité du nouveau cahier des charges
- Mettre en adéquation concrète les moyens alloués à la prise en charge de la précarité
- Poursuivre le développement des actions hors-les-murs des PASS
- Structurer une offre de soins spécialisés et travailler sur une offre en soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques, au sein des PASS ou en partenariat avec la ville et l'associatif
- Permettre aux professionnels des PASS de disposer d'un « dossier patient » permettant une coordination efficace entre les partenaires et assurer le remplissage des données statistiques annuelles PIRAMIG (question du SI commun (à l'image du TU dans les SAU de la région) ou du DPI / enjeux pour le suivi patient et les bilans d'activité).

- Mieux articuler les PASS et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Veiller à l'interconnaissance et à l'existence d'un travail partenarial entre PASS et EMPP sur chaque territoire concerné
- Mettre en place des passerelles entre la coordination régionale des PASS et le Réseau régional psychiatrie précarité pour consolider une fonction-ressource régionale en matière de santé mentale et précarité (en lien avec les autres acteurs)

- Accompagner les transformations nécessaires des consultations enfants environnement (CEE) en PASS Mères-Enfants
- Favoriser les liens entre les structures pilotées par la DREETS, les DDARS, les Conseils départementaux (CD), les contrats locaux de santé
- Faciliter le traitement des situations complexes en précarité avec les acteurs concernés (dispositifs d'appui à la coordination (DAC), CH, DDEETS, DDARS, CD, Caisse primaire d'assurance maladie –CPAM, Protection Judiciaire de la Jeunesse-PJJ...) par territoires et par bassins de soins
- Mettre en application la procédure type ARS/OMEDIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) d'accès aux produits de santé des patients sans droit en situation de précarité.

B - PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE POPULATIONS SPECIFIQUES QUI CUMULENT DES VULNERABILITES

1. Les enfants, les mineur(e)s, les jeunes majeur(e)s

Personnes concernées :

Enfants en situation de précarité, enfants sous protection de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse*, mineur(e)s en situation de migration, jeunes en errance...

**Il est précisé que les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont aussi abordé(e)s dans le paragraphe 4. Personnes sous-main de justice.*

À la suite du 6e examen de la France par l'ONU, les experts du Comité des droits de l'enfant ont rendu le 2 juin 2023 leurs observations finales, afin d'améliorer l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) sur le territoire national. Tout en saluant les progrès réalisés depuis le dernier examen de la France en 2016, le Comité met en lumière la nécessité pour la France d'avancer urgemment et efficacement pour mieux protéger les enfants les plus exclus.

Dans un contexte de forte inflation, plus de 2,8 millions d'enfants vivent dans la pauvreté en France et le nombre d'enfants en situation de pauvreté continue d'augmenter et doit être véritablement priorisé, afin d'éviter de les priver de leurs droits les plus fondamentaux.

Le Comité recommande de mettre en place un soutien approprié pour que les enfants nés dans les familles défavorisées bénéficient d'un environnement propice et sécurisé, à la fois physiquement et émotionnellement. Le Comité s'inquiète également, une nouvelle fois, des violations de droits subies par les mineurs non-accompagnés.

De même, la rétention de tous les enfants, violation maintes fois condamnée, doit être définitivement interdite. L'enfermement des enfants du fait de la situation migratoire de leur(s) parent(s) est une violation des droits de l'enfant. Il rappelle que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale et comprise pour toutes les décisions relatives aux enfants demandeurs d'asile ou migrants.

L'enfance constitue une période cruciale dans la construction des inégalités sociales en général et de santé en particulier. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence.

En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance, de 0 à 21 ans, sont particulièrement vulnérables et présentent des besoins spécifiques. Ils cumulent bien souvent des déterminants de santé défavorables, avec une surreprésentation de jeunes en situation de handicap (environ 1/3 d'entre eux ont une notification maison départementale des personnes handicapées – MDPH – dans la Région) et de jeunes souffrant de troubles mentaux (3 fois plus que les autres jeunes).

Près de 36 000 mineur(e)s et jeunes majeur(e)s sont concernés par une mesure de protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance – ASE – + protection judiciaire de la jeunesse – PJJ) dans la région Paca, dont 12 310 jeunes ont été confiés à la PJJ en 2022.

Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, bilan de santé réalisé pour seulement un tiers de ces enfants à l'admission à l'ASE ou à la PJJ, facteurs de risques liés à la prématurité ou à un retard de croissance néonatal, parcours souvent marqué par des pathologies associées, des traumatismes et hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, besoins de prise en charge en santé mentale.

L'accès à la prévention et aux soins de ces enfants est souvent difficile, alors que les maltraitances subies pendant l'enfance (violences physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, négligences lourdes) peuvent avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie : traumatismes physiques, altération du développement cérébral par un stress prolongé grave, troubles du développement staturopondéral, troubles du développement sensoriel et cognitif, ainsi que des troubles du développement psychoaffectif et social.

L'impact peut être majeur sur les compétences psychosociales, la santé mentale (états de stress post traumatiques, syndromes dépressifs, tentatives de suicide), comportementale (addictions, mises en danger, comportements sexuels à risque, hétéro agressivité), la santé sexuelle et génésique (grossesses non désirées), la maladie chronique (obésité, troubles cardiovasculaires, AVC, cancer).

Les travaux dans le domaine, depuis plusieurs années, montrent qu'il est nécessaire de développer la prévention précoce, la continuité des parcours (éviter les ruptures dans le parcours entre prévention, soin et médico-social), et les coopérations entre les champs du travail social, de la justice, du médico-social et de la santé¹.

On peut par ailleurs estimer qu'il y a entre 2 000 à 2 500 jeunes, mineur(e)s ou jeunes majeur(e)s non accompagné(e)s², concernés en PACA (absence de chiffre officiel des jeunes déboutés, mais les acteurs de terrain évaluent à 50 % de jeunes admis en minorité et 50 % de déboutés. Sur ces 50 % de déboutés, au moins 25 % d'entre eux seront finalement reconnus mineurs à l'issue d'une procédure de plusieurs mois).

Nombre de mineur(e)s non accompagné(e)s confié(e)s par décision judiciaire en 2022 en région Paca :

DEPARTEMENT	NOMBRE DE JEUNES CONFIES PAR DECISION JUDICIAIRE EN 2022	CLE DE REPARTITION
Bouches-du-Rhône	434	2,93 %
Alpes-Maritimes	253	1,69 %
Var	247	1,69 %
Vaucluse	124	0,85 %
Hautes-Alpes	32	0,21 %
Alpes-de-Haute-Provence	38	0,26 %
TOTAL PACA	1 128	7,63 %
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	14 782	100 %

¹ Source Rapport ARS PACA DIR PJJ SE - Stratégie partenariale Régionale Feuille de route 2020-2023 Synthèse Association JEUEVI Ateliers parcours santé protection de l'enfance.

² Enfant de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, présent sur le territoire français, sans être accompagné d'un adulte (titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal).

- **Les enfants en situation de précarité, les enfants sous protection de l'aide sociale à l'enfance**

Objectif opérationnel transversal : Intervenir précocement au cours de la petite enfance et améliorer le repérage et l'évaluation des situations particulières

En termes de prévention :

- Poursuivre et amplifier le déploiement de programmes de soutien à la parentalité et d'interventions précoces, de soutien aux familles en situation difficile, notamment les familles monoparentales, les familles isolées ou familles vivant dans des situations précaires, par des formations appropriées des travailleurs sociaux et des professionnels concernés.
- Intégrer davantage les publics relevant de la protection de l'enfance aux dispositifs de droit commun dans le champ du soutien à la parentalité
>schémas départementaux des services aux familles
>stratégie de lutte contre la pauvreté

En termes de soins :

- Poursuivre le déploiement des unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED).
- Poursuivre le déploiement des Unités de soins psychiques mère-enfant : observation, soutien, repérage.
- Poursuivre la stratégie régionale pour outiller les équipes médico-psychosociales et les acteurs de la lutte contre les violences intrafamiliales : enjeux éthiques, développement d'outils d'objectivation de type « grilles de compétences parentales », échanges de pratiques pluri professionnelles.
- Développer une stratégie régionale pour porter une vigilance particulière sur les enfants protégés dans le cadre des Pôles de repérage des troubles neuro-développementaux (0-7 ans).

En termes d'accompagnement :

- Garantir une prise en charge prioritaire des familles avec enfants à la rue quelle que soit leur situation administrative.
- Participer en tant que de besoin aux cellules dédiées départementales à la gestion des situations et orientations prioritaires en liens avec les délégations départementales des ARS, les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO – dispositif de veille sociale pour l'accueil et l'orientation de personnes en difficulté ayant des besoins d'hébergement d'urgence ou de logement adapté), les acteurs de veille sociale, rectorats et directions académiques, professionnels des secteurs éducatifs et de l'enfance, ainsi que les collectivités, susceptibles d'identifier les situations d'enfants à la rue.

- **Les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de précarité, d'errance, sous protection ou non accompagnés, les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de migration**

Points majeurs de rupture

- ✓ Absence de repérage des états de détresse psychologique et inadéquation de la réponse médicale aux besoins spécifiques au cours de la phase d'accueil et d'évaluation.
- ✓ Absence d'orientation médicale en dépit d'éléments inquiétants sur la santé, repérée au cours de l'entretien d'évaluation.

- ✓ Absence de soin à la suite de dépistage d'une maladie infectieuse au cours de l'accueil provisoire d'urgence et absence de dépistage d'un syndrome post-traumatique sévère.
- ✓ Rupture de parcours, interruption des mesures de protection et d'accompagnement, alors que les jeunes ne sont pas encore en capacité de subvenir à leurs besoins et que les dispositifs de solidarité nationale ne peuvent pas être mobilisés, notamment dans l'hébergement avec des remises à la rue.
- ✓ Isolement des jeunes en sortie de dispositif de protection de l'aide sociale à l'enfance.

Objectif stratégique transversal : Éviter les ruptures de parcours des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s

En termes de prévention :

- Repérer et mobiliser les structures de proximité intervenant auprès des jeunes en fragilité sociale (maisons des adolescents, points accueil écoute jeunes, missions locales, centres sociaux, prévention spécialisée, écoles de la 2ème chance, groupe de l'Office français de l'immigration et de l'intégration OFII, structures d'insertion et de remise à niveaux).
- Améliorer le repérage des situations à risque et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes.
- Développer une stratégie régionale de promotion de la santé et dès la période de la mise à l'abri pour les jeunes concernés, sous format de modules d'ateliers santé.
- Engager, notamment avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions, les associations de protection de l'enfance dans des projets globaux de prévention des conduites addictives des enfants et des familles qu'elles accompagnent.
- Accentuer le déploiement de la promotion de la santé afin d'agir sur les facteurs de protection des jeunes
 - Renforcer les actions de prévention du suicide.
 - Favoriser les actions d'éducation à la santé dans des approches thématiques (addictions, vie affective et sexuelle, hygiène de vie, sommeil, nutrition, sport santé).
 - Développer une stratégie de développement des compétences psychosociales.

En termes de soins :

- Contribuer à coordonner le parcours en complémentarité avec les Conseils départementaux et les acteurs concernés.
- Sécuriser le cadre juridique des interventions des professionnels de santé pour les mineurs
→ note aux établissements de santé et offreurs de soins.
- Flécher un parcours santé mineurs non accompagnés en collaboration avec les établissements de dépistages et de soins concernés, qui répond également aux besoins spécifiques de certains jeunes (jeunes filles, psycho traumatismes, addictions, santé sexuelle).

En termes d'accompagnement :

- Aucune remise à la rue des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s
→ Accès à un hébergement d'urgence a minima.
- Veiller à la problématique de domiciliation selon les territoires et identifier dans chaque territoire les structures de domiciliation et les communiquer.
- Identifier et communiquer sur les relais susceptibles de pallier les carences d'ouvertures de droits, notamment pour les jeunes avec un refus de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (au motif qu'ils ont été identifiés majeurs suite à l'évaluation de leur âge), dans la mesure où ils bénéficient de l'aide médicale état (AME) sans application de la condition de 3 mois de présence ininterrompue en situation irrégulière sur le territoire français.
- Renforcer quantitativement et qualitativement l'échange interinstitutionnel de pratiques, les stages en immersion et les formations croisées entre acteurs du social, du médico-social et de la santé.
- Développer une stratégie régionale pour généraliser, autour des commissions cas complexes, des « conventions de prise en charge » de type « Projet Commun de Prise en Charge », afin de dépasser les seules « analyses de situations complexes » pour formaliser des décisions de prise en charge.

2. Les femmes en situation de précarité

Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité en France. En effet, elles représentent 53 % des personnes en situation de précarité, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité (RSA), 70 % des travailleuses et travailleurs pauvres (fragilité et instabilité de l'insertion, bas salaires, contrats de travail à temps partiel subis), 85 % des cheffes de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté.

En situation de précarité, les femmes connaissent une santé dégradée et un moindre accès aux soins. Elles sont moins suivies en gynécologie et utilisent moins souvent un moyen de contraception que la moyenne.

Un suivi gynécologique moindre et une plus faible prise de contraception expliquent en partie la prévalence des grossesses non prévues et non désirées, notamment pour les femmes en grande précarité. Les grossesses sont peu suivies et présentent plus souvent des risques.

Elles participent moins aux dépistages des cancers et y survivent moins souvent. Elles ont également un moindre dépistage des maladies cérébro-cardiovasculaires et une prise en charge plus tardive (55 % des accidents cardiaques sont fatals pour les femmes et 43 % pour les hommes)¹.

Elles sont plus exposées aux risques liés aux conditions de vie (tabac, alcool, obésité, risques psychosociaux au travail, mauvaise alimentation, logement dégradé, absence de loisirs et de pratiques sportives, rapport déprécié à son corps et à l'estime de soi, difficulté à se projeter).

Dans leur quotidien, les femmes en situation de précarité ont une charge mentale élevée, cumul des insécurités qui pèsent sur elles. Elles sont plus exposées aux troubles psychologiques.

La précarité expose également à des violences spécifiques.

Les obstacles liés à la précarité et au sexe se conjuguent donc et peuvent s'aggraver pour les femmes en situation de précarité qu'elles soient migrantes, femmes en situation de handicap ou pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux.

Les risques de précarité apparaissent plus nombreux pour les femmes que pour les hommes et affectent plus durablement leur parcours. Ils se répercutent aussi sur leurs enfants avec le danger de les inscrire dans un processus de transmission et de reproduction d'un état précaire. L'insécurité économique et sociale dans laquelle grandissent ces enfants peut perturber gravement leur éducation et leur santé.

En termes de prévention : accompagner les femmes en situation de précarité à prendre en compte leur santé

- Permettre aux femmes de mieux connaître et mieux utiliser les moyens de contraception adaptés à leur situation

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Former et sensibiliser les structures accueillant des femmes en âge de procréer en situation de précarité, à la nécessité de disposer d'une contraception adaptée
- Disposer de programmes d'éducation pour la santé sexuelle intégrant les répercussions sociales et économiques des grossesses

¹ Fédération Française de Cardiologie, repris dans le rapport du Haut Conseil à l'égalité femmes et hommes (Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017).

- Améliorer les dépistages des cancers

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Accentuer la prévention ciblée auprès des femmes en situation de précarité pour les dépistages du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer de l'utérus : CRCDC, CPAM, structures d'exercice coordonné, Centres de Planification et d'Education Familiale, associations, CRES, CODES
- Lever les freins aux dépistages par des sensibilisations et de l'information simple, facile à lire et à comprendre

- Soutenir les femmes en situation de détresse psychologique

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Renforcer la formation des professionnels de santé, du social et du médico-social au repérage des vulnérabilités et à la santé mentale
- Proposer systématiquement aux femmes repérées un entretien avec un psychologue
- Soutenir des actions de revalorisation, d'estime de soi, capacité à prendre soin de soi et de compétences psychosociales

- Accompagner les femmes à la parentalité

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Soutenir des actions de prévention et de soutien à la parentalité
- Poursuivre le déploiement du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité

- Prévenir la consommation d'alcool et de tabac

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Intégrer dans les programmes d'éducation à la sexualité, les risques alcool et tabac, y compris durant la grossesse
- Aborder systématiquement la question des addictions lors des consultations ou entretiens avec des professionnels de santé
- Amplifier la sensibilisation et la mobilisation des professionnels de santé de premier recours sur le repérage et la prise en charge des addictions.

- Communiquer, informer et sensibiliser les mères en situation de précarité sur l'allaitement maternel

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Sensibiliser à la possibilité d'allaitement maternel dès l'entrée en maternité
- Valoriser l'offre d'ateliers d'allaitement au sein des maternités et dans les centres de PMI
- Veiller à la sensibilisation des professionnels sociaux et médico-sociaux quant à l'allaitement maternel durant leur formation initiale et continue
- Mieux informer les structures d'hébergement

- Renforcer la prévention et le repérage des vulnérabilités pendant la grossesse

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Améliorer l'information et la sensibilisation des femmes, des couples et des professionnels de santé à l'entretien prénatal précoce
- Renforcer l'accès à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et l'entretien post natal précoce (EPNP) pour les femmes socialement défavorisées
- Harmoniser les pratiques de repérage des vulnérabilités et de l'orientation et/ou de l'accompagnement
- Aborder systématiquement les addictions lors de l'entretien prénatal précoce

En termes de soins : mieux repérer et accompagner les femmes en situation de précarité

- Généraliser les staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de Paca
- Formaliser les liens entre les Conseils départementaux, les maternités et les autres services de l'hôpital.
- Mieux repérer et accompagner les vulnérabilités médico-psycho-sociales.
- Renforcer le repérage des femmes sortant de maternité sans hébergement sécurisé afin de mieux accompagner leur sortie.
- Renforcer les liens entre les PASS Adultes, PASS Mères-Enfants et les maternités.

En termes d'accompagnement : renforcer l'accompagnement pour éviter les ruptures de parcours

- Intensifier le suivi lors du retour à domicile et des premières semaines après l'accouchement : PMI et libéraux.
- Soutenir les interventions de prévention structurées précoces.
- Soutenir le déploiement des « Maisons des femmes » dans chaque département.

3. Les personnes migrantes

Personnes concernées :

Personnes primo-arrivantes en attente d'un titre de séjour, personnes primo-arrivantes avec titres de séjour, personnes primo-arrivantes sans titre de séjour, personnes migrantes installées

Au 1^{er} janvier 2021, l'INSSE estime à 5,2 millions d'étrangers résidant en France. Ils représentent 7,7 % de la population française. Sur ces 5,2 millions, 4,5 millions sont immigrés, c'est-à-dire nés à l'étranger. Les autres sont nés en France, très majoritairement mineurs, et pourront devenir français à leur majorité. Les trois pays d'origine les plus importants sont l'Algérie, le Maroc puis le Portugal¹.

La région Paca est historiquement un territoire de migration et d'immigration. En 2006, près de 471.000 personnes immigrées, dont 51 % de femmes, vivent dans la région, ce qui représente près de 10 % de la population régionale. Si le nombre de personnes immigrées a augmenté entre 1975 et 2006, leur part dans la population régionale a diminué de 2,5 points.

La population immigrée est composée de deux grands groupes en 2006 :

- 38 % de la population immigrée était issue de l'Union européenne des 15, suite aux premières vagues d'immigration dans les années 20 puis 50 ;
- 38 % du Maghreb, avec une immigration plus récente.

Dans la région, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées. Cela est notamment vrai pour les hommes : 31 % des hommes immigrés sont âgés de plus de 60 ans contre 21 % des hommes non immigrés. Avec des revenus médians plus faibles et des conditions de logement souvent dégradées, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes.

L'accueil et l'intégration des populations immigrées représentent des enjeux importants pour le développement économique et social durable de la région Paca.

Depuis le milieu des années 2010, la politique publique d'accueil et d'intégration se centre sur l'accompagnement des personnes originaires de pays hors de l'Union européenne, nouvellement arrivées et amenées à séjourner durablement en France, désignées comme les « primo-arrivants ».

En 2021 au niveau national, 42 % des primo-demandeuses et primo-demandeurs d'asile proviennent du continent africain, 32 % de l'Asie, 22 % de l'Europe, et 4 % des Amériques. La reprise de la demande d'asile observée en 2021 concerne tous les continents d'origine mais l'Europe et l'Asie connaissent des augmentations particulièrement fortes (46,5 % et 34 % respectivement).

En 2022 au niveau national, 156 103 demandes ont été formulées en guichets uniques de demandes d'asile (Guda). Cela représente une hausse de 28,6 % par rapport à 2021 et un retour au niveau constaté avant la crise sanitaire. L'Afghanistan, le Bangladesh, la Turquie et la Géorgie sont les premiers pays de provenance des premières demandes d'asile.

56 179 décisions accordant un statut de protection (réfugié ou protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) ont été rendues en 2022, soit une hausse de 3,3 % par rapport à 2021.

Le cas particulier des Ukrainiens

Depuis le début de la guerre en Ukraine en février 2022, les Ukrainiens qui souhaitent rester en France peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour (APS) en tant que bénéficiaires de la protection temporaire. Sur l'année 2022, 65 833 Ukrainiens en ont bénéficié au niveau national.

¹ Source Ministère de l'Intérieur publication du 26 janvier 2023.

Le Dispositif national d'accueil (DNA) est constitué de l'ensemble des structures d'hébergement dédié aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, financées à ce titre par le ministère de l'Intérieur.

Pendant la durée de traitement de leur demande d'asile, les demandeurs ont en effet droit à être hébergés dans un dispositif adapté à leur situation, et à défaut, dans un autre dispositif d'hébergement d'urgence de type hôtelier. En l'absence de solution d'hébergement, ils bénéficient d'une majoration de l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA).

Les structures d'hébergement du DNA sont : les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) destinés principalement aux demandeurs d'asile en procédure normale, les centres d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) destinés en priorité aux demandeurs d'asile en procédure accélérée et aux personnes en procédure Dublin, les Centres d'accueil et d'examen des situations administratives (CAES), spécifiques pour la mise à l'abri des migrants et à leur orientation vers une prise en charge adaptée à leur situation. À ces capacités dédiées aux demandeurs d'asile s'ajoutent des places spécifiques pour les réfugiés et protégés subsidiaires vulnérables dans les Centres provisoires d'hébergement (CPH).

Répartition des capacités d'accueil du Dispositif national d'accueil entre les régions en 2021¹ :

Régions	CAES	HUDA	CADA	CPH	Ensemble
Auvergne-Rhône-Alpes	5%	12,1%	13,3%	11,8%	12,2%
Bourgogne-Franche-Comté	2,1%	4,8%	7%	4,3%	5,5%
Bretagne	4,3%	3,4%	5,2%	5,1%	4,3%
Centre-Val de Loire	2,9%	3,1%	5,2%	3,6%	4%
Grand-Est	12,1%	16%	12%	6,7%	13,4%
Hauts-de-France	14,9%	5,9%	6,2%	4,9%	6,4%
Ile-de-France	26,9%	24,5%	12,4%	34,7%	20,4%
Normandie	5,5%	4,8%	5,5%	4,3%	5,1%
Nouvelle-Aquitaine	7,8%	6,8%	10,4%	7,7%	8,4%
Occitanie	6,7%	6,2%	9,8%	6%	7,7%
Pays de la Loire	6,2%	5,7%	6,1%	5,8%	5,9%
Paca	5,5%	6,8%	7%	5,1%	6,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

En Paca, 7 000 personnes sont ainsi accueillies chaque année dans la région dans le cadre du dispositif national d'accueil et bénéficient d'un contrat d'intégration républicaine².

L'actualité internationale entraîne des flux migratoires importants vers l'Europe et vers la France, avec une progression constatée des demandes d'asile (+31 % entre 2021 et 2022) et des titres de séjour délivrés pour motifs humanitaires. La demande d'asile est majoritairement masculine 69 % (homme seul, isolé, peu ou pas de connaissance du français, en provenance de zones de guerre avec des parcours migratoires très longs et éprouvants) et féminine pour 31 %³.

¹ Source : DGEF-DA.

² Source : DRJSCS PACA : Etude relative à l'intégration des primo-arrivants dans la région PACA - Rapport final avril 2020.

³ Ministère de l'Intérieur.

Les publics migrants connaissent des difficultés assez similaires à celles rencontrées par les publics en situation de précarité (administratives, de mobilité, de repérage et orientation dans les services de droit commun), auxquelles s'ajoutent des spécificités, liées à la langue et à la complexité du droit des étrangers. Ils connaissent de multiples difficultés administratives, des retards dans l'ouverture des droits et le versement de diverses prestations liés à la complexité de la politique d'intégration et du système de santé.

Les publics migrants sont isolés, avec peu ou pas de connaissance de la langue française, en provenance de zones de guerre avec des parcours migratoires très longs, éprouvant et violents et présentant des vulnérabilités particulières. La progression régulière des migrations génère par ailleurs des besoins importants de prise en charge en santé.

Objectif stratégique : organiser le parcours de santé des primo-arrivants

- Formaliser les procédures d'organisation lors des arrivées
 - ➔ par voie maritime : procédures d'arrivée massive de migrants, appliquées par le département veille et sécurité sanitaire (VSS) de l'ARS, volet Santé (procédure ad-hoc) ;
 - ➔ par voie terrestre : exemple du sas de desserrement d'Ile-de-France.

La mise en place de sas d'accueil temporaires régionaux pour y orienter les personnes prises en charge lors des opérations de mise à l'abri conduites en Ile-de-France, doit permettre à la fois d'examiner systématiquement la situation administrative et la fluidité des parcours d'hébergement, en lien avec l'examen des demandes d'asile ou des demandes d'admission exceptionnelle au séjour.

Le dispositif repose sur une orientation pour une courte durée de trois semaines dans un centre d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) dédié à cette fonction d'orientation de personnes mises à l'abri.

En Paca, le sas de desserrement d'Ile-de-France d'accueil temporaire est situé à Marseille et permet d'accueillir 50 personnes (43 places pour personnes isolées et 2 places pour familles) toutes les trois semaines. Cette orientation relève des services de l'État avec l'appui en fonction des cas, de l'OFII ou du SIAO. Les personnes prises en charge dans le sas et qui ne relèvent pas de la protection internationale, n'ont pas introduit de demande d'asile, n'ont pas manifesté le souhait de voir leur situation, au regard du séjour, examinée, ni celui de bénéficier d'un appui à un retour volontaire dans leur pays d'origine ne pourront pas être accueillies dans le sas au-delà de la durée de trois semaines. Leur situation devra faire l'objet d'une analyse par le SIAO, dans le cadre d'une demande formulée auprès du 115 pour une prise en charge dans l'hébergement.

Objectif stratégique : organiser la réponse sur les prises en charge des personnes migrantes avec les acteurs et ressources des territoires

- Proposer pour chaque département une organisation formalisée et validée par les acteurs, du bilan de santé des primo-arrivants dans les 3 mois de leur arrivée.

L'OFII réalise les premiers bilans de santé pour les départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes. Il convient donc de compléter, en fonction des besoins repérés, pour les personnes non prises en charge par l'OFII (soit qu'elles ne se soient pas présentées, soit qu'elles ne remplissent pas les critères de l'OFII).

Pour les départements du Var, de Vaucluse, des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute Provence, l'OFII n'intervient pas sur le volet santé.

En termes de prévention :

- Renforcer les stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites B et C et de la tuberculose, et de vaccinations (CEGIDD - Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, CLAT- Centre de lutte antituberculeux, centres de vaccination)

En termes de soins :

- Organiser le dépistage des psycho-traumatismes liés au parcours migratoire et la prise en charge coordonnée

En termes d'accompagnement :

- Formaliser un document écrit / ou espace numérique permettant la traçabilité des éléments globaux de prises en charge des primo-arrivants (carnet de santé).

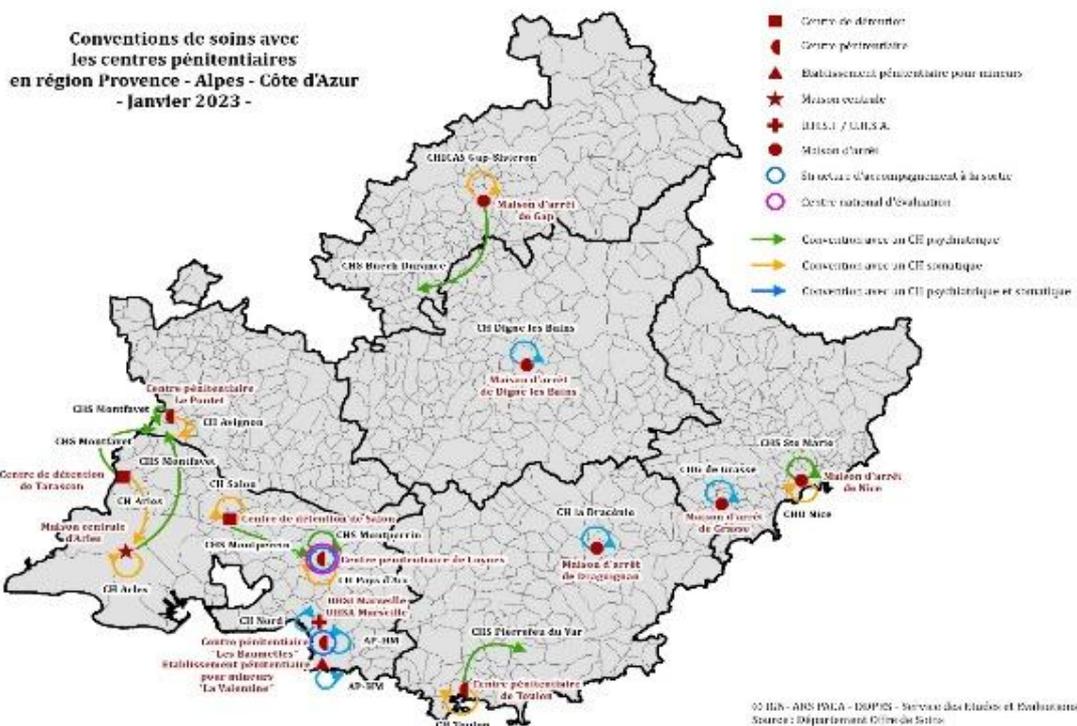
4. Les personnes sous-main de justice

Personnes concernées :

Les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire, qu'elles soient détenues, en aménagement de peine ou suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert.

L'ensemble des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s la Protection judiciaire de la jeunesse, qu'ils soient détenus, suivis en mesures de placements, en mesure judiciaire d'investigation éducative ou en milieu ouvert.

Malgré l'absence de données récentes en Paca, l'état de santé des personnes sous-main de justice est marqué par une surreprésentation des pathologies psychiatriques, des addictions, infectieuses, ainsi qu'un taux de suicide élevé et une **prévalence des traumatismes subis dans l'enfance**. La région Paca compte 13 établissements pénitentiaires dont 5 accueillant des mineurs, ainsi que 2 unités de recours pour l'inter région pénitentiaire Paca-Corse : une unité hospitalière sécurisée (UHSI) et une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

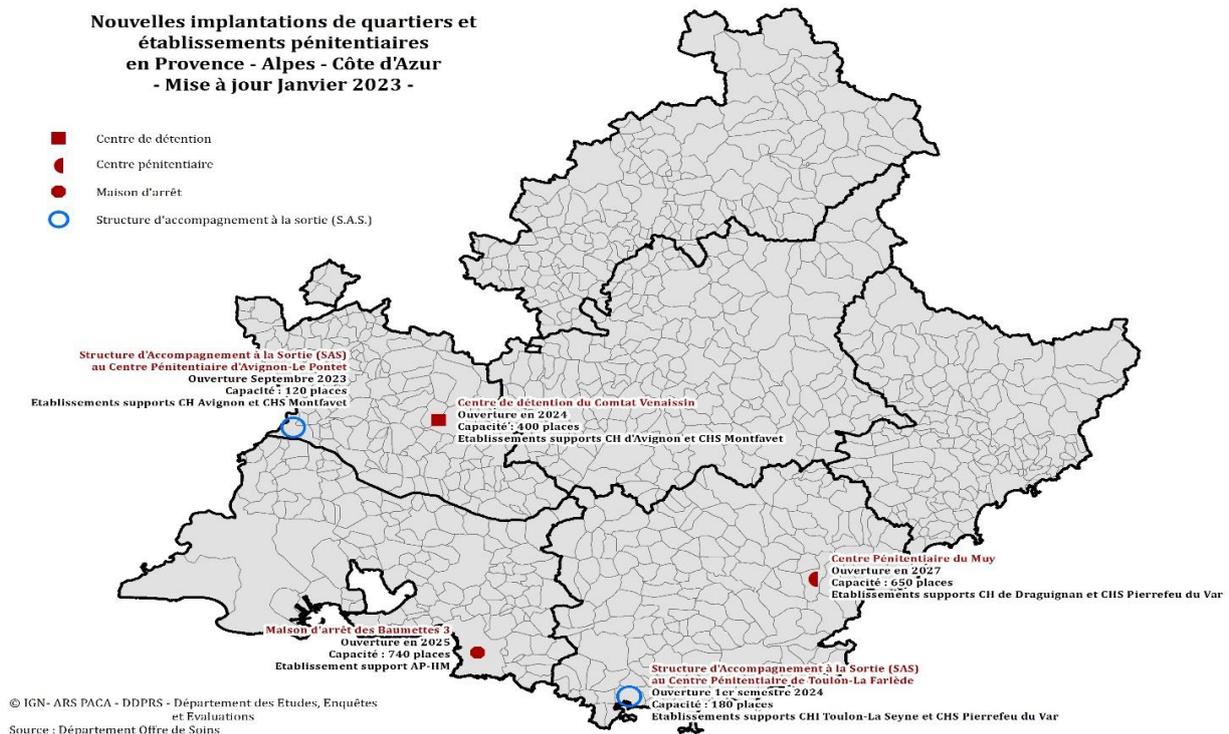


Au 1^{er} janvier 2023, 7 766 personnes étaient incarcérées pour 6 310 places opérationnelles, avec 16 310 entrées et 15 984 sorties en 2022¹.

De nouvelles implantations sont également prévues :

- structure d'accompagnement à la sortie du CP d'Avignon le Pontet de 120 places en septembre 2023,
- structure d'accompagnement à la sortie du CP de Toulon La Farliède de 180 places au premier semestre 2024 ;
- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027.

¹ Direction interrégionale des services pénitentiaires Sud Est.



Assurer un même niveau de soins pour les personnes détenues que pour la population générale est un défi majeur dans un contexte de surpopulation carcérale, de tensions de recrutements de personnels et des nouvelles structures à ouvrir.

La feuille de route interministérielle « Santé des personnes sous-main de justice » 2023-2028 est en cours de rédaction.

Son déploiement en Paca fera l'objet d'une feuille de route régionale spécifique sur l'offre de soins gradués en milieu pénitentiaire qui reprendra notamment les objectifs suivants : l'amélioration de l'accès aux soins, la poursuite de l'amélioration des repérages et des dépistages, l'organisation de la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention, une meilleure prise en compte des besoins en matière de santé des personnes détenues, le développement de la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues, la coopération des acteurs.

▪ Concernant les adultes

En termes de prévention

Objectif stratégique : Renforcer les actions de prévention du suicide

- A destination des acteurs intervenant auprès de cette population
 - Poursuivre les dynamiques en cours visant à adapter au milieu carcéral les actions de la stratégie nationale de prévention du suicide.
 - Pérenniser les formations en prévention du suicide à l'attention du personnel pénitentiaire et déployer les modules « Evaluation-orientation » et « Intervention de crise » pour les professionnels de santé intervenant en milieu carcéral.

- Inciter les personnels pénitentiaires à suivre une offre de formation en secourisme en santé mentale.
 - Développer l'accompagnement individualisé par le personnel pénitentiaire des personnes présentant un risque majeur de passage à l'acte suicidaire en lien avec les acteurs sanitaires.
- A destination des personnes écrouées
 - Poursuivre et généraliser les groupes de paroles « Choc carcéral primo-arrivants »

Dans les structures existantes :

Territoires prioritaires	Département des Bouches-du-Rhône Département de Vaucluse Département des Hautes-Alpes Département des Alpes-de-Haute-Provence
--------------------------	--

Pour les structures à ouvrir :

- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places ;
 - centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
 - centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027.
- Poursuivre et permettre un suivi individuel ou groupal sur la souffrance psychique >Groupes de paroles personnes incarcérées fragiles

Dans les structures existantes :

Territoires prioritaires	Département des Bouches-du-Rhône Département de Vaucluse Département des Hautes-Alpes Département des Alpes-de-Haute-Provence
--------------------------	--

Pour les structures à ouvrir :

- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places ;
- centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027 ;
- structure d'accompagnement à la sortie du CP d'Avignon le Pontet de 120 places en septembre 2023 ;
- structure d'accompagnement à la sortie du CP de Toulon La Farlède de 180 places fin 2023.

Objectif stratégique : Développer une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire incluant des approches thématiques (conduites addictives, santé sexuelle, hygiène de vie, santé mentale)

Peu d'actions sont actuellement développées, de qualité très inégale, peu structurantes et inégalement réparties dans les territoires.

- Développer des modules d'actions d'éducation à la santé auprès des personnes écrouées en fonction des besoins repérés dans les établissements

Territoires prioritaires

Département des Bouches-du-Rhône
 Département de Vaucluse
 Département des Hautes Alpes
 Département des Alpes de Haute-Provence

En termes de soins : améliorer le parcours de soins

- Améliorer la prise en charge de la santé mentale des détenus.
- Développer une offre de soin spécialisé, notamment en dentaire.
- Développer des équipes mobiles dans les USMP en postpénal.
- Améliorer la prise en charge des conduites addictives en détention

Enjeu crucial qui mobilise les acteurs associatifs et hospitaliers avec un rôle primordial des unités sanitaires notamment pour la coordination des interventions (ELSA – Equipe de liaison et de soins en addictologie, CAARUD – Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, CSAPA – Centres de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie, etc.).

En termes d’accompagnement

- Améliorer l’accès aux droits et éviter les ruptures

L’accès aux droits, préalable indispensable, relève en principe de l’administration pénitentiaire. L’ARS Paca a pourtant déployé des temps d’assistants sociaux dans chacune des USMP de la région. Ce temps dédié est prédisposé pour gérer les situations complexes en lien étroit avec les professionnels de santé pour proposer le meilleur parcours de soins et de prise en charge à la sortie. Mais ce dispositif est efficient lorsqu’il est accompagné de la présence de l’assistant social du SPIP, pour gérer l’ouverture des droits sociaux et la préparation à la sortie des personnes détenues.

- Favoriser les liens et la complémentarité des missions des assistants sociaux des unités sanitaires et des SPIP.
- Encourager la délivrance des cartes vitales en détention.
- Eviter les ruptures de droits à la sortie de détention²
- Développer et privilégier les stages et formations croisées à destination des professionnels sanitaires et pénitentiaires, dans un objectif d’acculturation de ces acteurs aux rôles et contraintes de chacun.
- Encourager la participation des équipes USMP et de l’administration pénitentiaire à des réunions communes, temps de partage et d’échanges de pratiques, permettant de fluidifier et d’améliorer les relations interprofessionnelles.

En termes d’évolutions des pratiques

RH

- Faire connaître la prime d’exercice territorial (PET) lorsque c’est plus favorable au personnel.
- Développer les postes d’Infirmier(e)s en pratiques avancées (IPA) en milieu pénitentiaire.
- Améliorer l’attractivité des métiers des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, dans le but notamment d’ouvrir la troisième unité de l’UHSA.

Numérique

Poursuivre le déploiement de la télémédecine : consultations spécialisées (CS) anesthésie, CS psy à déployer pour d'autres spécialités compte tenu des tensions et des pénuries, CS cardiologie (ce qui permet 20 % d'extraction du centre pénitentiaire en moins).

Coopération

Développer des coopérations avec le secteur privé (cliniques ou praticiens libéraux) et les exercices mixtes.

- **Concernant les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s à la protection judiciaire de la jeunesse* (PJJ)**

**Il est précisé que les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont aussi abordé(e)s dans le paragraphe 1. Enfants, mineur(e)s et jeunes majeur(e)s.*

En Paca, 12 310 jeunes ont été confiés à la PJJ en 2022¹ :

- dont 5.745 jeunes suivis en milieu ouvert (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 5.449 jeunes suivis en mesure judiciaire d'investigation éducative (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 599 jeunes suivis en mesures de placement (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 353 jeunes en détention répartis dans les 5 établissements de la région PACA d'une capacité totale de 146 places :

NOMBRE DE JEUNES CONFIES A LA PJJ EN 2022	TOTAL PAR DEPARTEMENT
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	256
HAUTES-ALPES	241
ALPES-MARITIMES	2.087
BOUCHES-DU-RHONE	5.967
VAR	2.418
VAUCLUSE	1.341

Les mineur(e)s concerné(e)s ont entre 13 et 18 ans. Les jeunes majeur(e)s concerné(e)s sont celles et ceux qui ont débuté une mesure alors qu'elles ou ils étaient mineur(e)s et qui peuvent acquérir la majorité en cours de mesure.

Le suicide constitue, en population générale, la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans après les accidents de la route et représente 16 % des décès de cette tranche d'âge.

Les jeunes suivis par la PJJ, du fait de leurs vulnérabilités (situations familiales et sociales fragiles, exposition précoce aux violences, fréquence élevée des conduites à risques et des troubles psychiques, parcours émaillé de ruptures,) sont particulièrement exposés au risque suicidaire.

Fréquemment, ils n'ont pas suivi un parcours de soin équivalent à celui des jeunes de leur âge. Ils n'ont pas acquis l'autonomie nécessaire à la gestion de leur parcours de santé.

Les constats des difficultés quant à la prise en charge d'une population de jeunes présentant une forte vulnérabilité sociale en santé, soulignent l'interdépendance des professionnels du soin et de l'éducation dans l'accompagnement de ces adolescents.

¹ Source DIRPJJ SE.

Les particularités du public constitué par les mineurs en détention imposent également une articulation soutenue entre les services PJJ, les dispositifs de prévention et de soins et les professionnels de l'administration pénitentiaire. A fortiori dans le contexte du nouveau code de justice pénale des mineurs qui réduit les durées de détention, et multiplie des détentions de moins d'un mois.

Cette prise en charge, pendant le temps de la détention, s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, incluant la prévention, les soins et les accompagnements nécessaires dans un processus global d'accès à la santé.

La circulaire interministérielle du 13 mai 2008 rappelle l'objectif de faire du jeune l'acteur de sa santé et de le responsabiliser en ce sens. Trois principes guident cette prise en charge : l'incapacité du mineur à exercer seul ses droits et obligations liée à son état de minorité, le devoir de protection et d'éducation et l'intérêt supérieur de l'enfant. Ils doivent guider les professionnels de santé qui prendront en charge le mineur mais aussi les professionnels de la PJJ, chargés du suivi éducatif, et ceux de l'administration pénitentiaire.

En termes de prévention : accentuer le déploiement de la promotion de la santé afin d'agir sur les facteurs de protection des jeunes

- Renforcer les actions de prévention du suicide.
- Favoriser les actions d'éducation à la santé dans des approches thématiques (addictions, vie affective et sexuelle, hygiène de vie, sommeil, nutrition, sport santé).
- Développer une stratégie de développement des compétences psychosociales.

En termes de soins : améliorer la prise en charge en santé mentale

- Veiller à l'harmonisation de l'accès aux soins en détention sur l'ensemble des lieux de détention mineurs de la région (psychiatrie, addictologie), incluant une réflexion sur les capacités de recrutement et les adaptations à introduire (exemple: infirmier de pratique avancée en l'absence de pédopsychiatre, volonté du côté PJJ de généraliser l'intervention de psychologue PJJ).
- Sécuriser la distribution et prise des médicaments pour éviter les tentatives de suicide rendues possibles par le stockage de comprimés.
- Favoriser la continuité des parcours de soin en sortie de détention afin d'éviter les ruptures de soin préjudiciables aux parcours des mineurs.

En termes d'accompagnement

- Protocoliser les articulations des différents professionnels intervenant auprès des jeunes (dedans, et lien dedans-dehors) : USMP, PJJ, Education Nationale, Administration pénitentiaire.
- Identifier les instances de coordination et les process (plannings d'activité partagés par exemple).
- Soutenir l'accès aux droits des mineurs en détention.

5. Les personnes en situation de prostitution / travailleuses et travailleurs du sexe

30 000 à 50 000 personnes sont victimes de la prostitution en France dont 10 000 mineur(e)s¹.

En Paca, il n'y a pas d'étude récente globale sur la prostitution. Les retours des associations communautaires et des partenaires en contact avec ces populations font le constat d'une prostitution qui tend à se développer, mouvante, exercée à la rue (« outdoor ») et un constat généralisé d'un développement très important de la prostitution vers internet (« indoor »).

Les lieux d'exercice de la prostitution sont principalement repérés et concentrés sur Marseille, Aix-en-Provence, l'étang de Berre, l'est des Bouches-du-Rhône, Avignon et son pourtour, Toulon, Cannes et Nice².

Les personnes en situation de prostitution en Paca sont âgées de moins de 18 ans à plus de 65 ans avec une majorité entre 25 et 40 ans, majoritairement des femmes (80 %), avec un constat général de plus en plus de femmes avec enfant(s), des personnes transgenres transidentitaires (10 %) et des hommes (10 %).

80 à 90 % de ces personnes sont migrantes, d'origines géographiques différentes :

- avec une forte progression sur les dernières années de jeunes femmes originaires d'Afrique subsaharienne et notamment du Nigéria, victimes de réseaux de traite des êtres humains ;
- du Maghreb (Algérie et Maroc) ;
- d'Amérique du Sud (Pérou et Brésil)³.

Toutes et tous cumulent de grandes difficultés dans l'accès ou au maintien dans le droit, dans la domiciliation, dans l'accès à la santé globale et aux soins.

Objectif stratégique : simplifier et fluidifier le parcours santé des personnes en situation de prostitution, travailleuses du sexe en privilégiant des lieux avec une offre globale en santé (prévention, soins et accompagnement)

En termes de prévention

- Favoriser les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour « ramener-vers » les offres existantes, et diversifier les lieux d'actions et points de contacts des publics permettant une accroche, une mise en confiance.
- Accentuer les actions hors les murs des CEGIDD.
- Mettre à disposition gratuitement des matériels de qualité et adapté « produits d'appel » pour donner l'envie de revenir.
- Développer les maraudes indoor « santé » sur les réseaux sociaux.
- Poursuivre et développer l'envoi d'autotests à domicile pour la prostitution indoor.

En termes de soins

- Développer un / des protocoles de délégation de tâches pour les acteurs qui font de « l'aller-vers » pour la région Paca : vaccination contre le virus de l'hépatite B, infections à papillomavirus humain (HPV), test rapide d'orientation diagnostique (TROD) avec vaccination derrière ou faire du rattrapage vaccinal pour ces populations.

¹ Source : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.

² Données des partenaires et associations communautaires de PACA.

³ Données des partenaires et associations communautaires de PACA.

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs pour la prise en compte de la précarité et notamment les structures d'exercice coordonné, les centres de santé, les DAC.
- Prévoir pour les CEGIDD une enveloppe financière suffisante permettant de faire les bilans pour les personnes VIH sans droit, en fonction de l'augmentation de la file active des personnes sans droit / mises sous traitement de Prophylaxie Préexposition (Prep) ; stratégie de prévention du VIH qui consiste à prendre un médicament antirétroviral de manière continue ou discontinue pour éviter d'être contaminé par le VIH.
- Mener une réflexion sur l'accès, pour le secteur associatif et/ou conseils départementaux, à des médicaments à tarifs inférieurs pour la mise à disposition pour les personnes sans droit.

En termes d'accompagnement

- Faciliter l'accès aux droits : points relais et RDV CPAM → identifier des points relais / coopération CPAM notamment pour les personnes sans droit et les communiquer.
- Développer la médiation en santé, l'accompagnement communautaire : connaissance du système de santé, accès aux droits, etc.

En termes d'évolutions des pratiques

RH

- Démographie médicale : médecins investis dans la prise en charge des travailleurs du sexe (TDS) en âge de départs à la retraite → nécessité de trouver des relais tel que les IPA et /ou structures d'exercice coordonné.
- Formation à destination des structures d'exercice coordonné (prise en charge des personnes en situation de prostitution TDS et connaissance du réseau).

Numérique

- Espace santé pour les personnes avec droits : systématiser l'ouverture de mon espace santé pour pouvoir envoyer les résultats biologiques et/ou des ordonnances dans leur espace santé.
- Espace numérique à trouver pour les personnes sans droit permettant de garder les événements, les éléments biologiques et thérapeutiques à disposition.
- Travailler sur le développement d'un outil numérique pour la prostitution indoor (difficultés à capter ces personnes) → blog questions / réponses, multiplicité des réseaux sociaux et de communication (Snapchat, Instagram), etc.

Prospective : évolution possible du traitement médicamenteux Prep

Une évolution dans le traitement est à envisager, par la Prep en injectable. Son efficacité est supérieure aux traitements actuels, particulièrement chez les femmes.

L'intérêt de l'injection par rapport à la prise en continue de la Prep actuelle réglerait le problème de la stigmatisation et des freins à la prise du traitement

→ Mise à disposition de la Prep injectable chez les femmes et particulièrement chez les TDS, impliquant une organisation différente de ce qui est fait actuellement (injection toutes les 8 semaines).

6. Les personnes sans abri et celles accueillies en structures d'hébergement

Le nombre de personnes sans domicile en France est estimé à 330 000 en 2022 par la Fondation Abbé Pierre, dans son dernier rapport publié en février 2023¹.

Ce chiffre ne cesse d'augmenter avec 130 % de plus en 10 ans. Il englobe les quelque 200 000 personnes en hébergement d'urgence, 110 000 migrants en centre d'accueil ou en hébergement pour demandeurs d'asile, ainsi qu'environ 27 000 personnes sans abri, dormant dans la rue, le métro, sous une tente ou dans une voiture.

Plus globalement, le "halo" du mal-logement, qui regroupe les situations de fragilité comme la précarité énergétique ou les impayés de loyer, concerne 2,1 millions de personnes.

En région Paca, il n'existe aucune donnée consolidée. On constate, par contre, une saturation des dispositifs et une recrudescence des femmes et des enfants, des jeunes, des mineurs non accompagnés, des sortis d'aide sociale à l'enfance, des personnes âgées notamment, en situation de rue.

En termes de prévention : prévenir les ruptures résidentielles des personnes sortant d'institution ou victimes de violences

Une part importante des personnes sans domicile aujourd'hui a connu, au cours de sa vie, un ou plusieurs passages en institutions, que ce soit l'aide sociale à l'enfance, la prison ou une hospitalisation de longue durée.

Ce constat met en lumière le risque majeur de précarisation au terme de la prise en charge par ces dispositifs et le déficit de prévention des ruptures. Il est donc nécessaire de mieux anticiper les difficultés d'accès et de privilégier le maintien dans le logement lorsque cela est possible.

Pour prévenir l'entrée dans la grande exclusion, une attention particulière doit être portée aux jeunes pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, aux sortants de détention et aux personnes victimes de violence.

- Recentrer l'hébergement d'urgence sur sa fonction de réponse immédiate et inconditionnelle aux situations de détresse.

En termes de soins : contribuer à renforcer l'action en santé des acteurs du logement, dont les bailleurs sociaux en lien avec les Directions départementales de l'emploi, du Travail et des solidarités (DDETS)

- Proposer des solutions adaptées à la situation et au besoin de chaque personne en concertation avec l'ensemble des acteurs, associations, bailleurs, services de l'Etat dont SIAO.
- Poursuivre la création de places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins sante (LHSS) sur les territoires insuffisamment couverts.
- Poursuivre le déploiement de l'appui aux structures de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion via des dispositifs en Santé-Précarité sur les territoires non pourvus ou insuffisamment couverts : les lits halte soins sante mobiles (LHSS Mobiles), Équipes mobiles santé précarité (EMSP) et Équipes spécialises en soins infirmiers précarité (ESSIP).

¹ 28ème rapport sur l'état du mal-logement en France 2023.

- Poursuivre le déploiement et les expérimentations du « Un chez soi d'abord »

Le programme vise à répondre à la situation des personnes sans-abri les plus vulnérables qui présentent des troubles psychiques sévères, des addictions et échappent aux dispositifs d'accompagnement classique.

La prise en charge propose un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue, moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile.

Ceci se traduit par une stabilité dans le logement tout au long des deux ans de suivi, une amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des personnes accompagnées avec dans le même temps une réduction significative des recours aux soins et aux structures dédiées aux personnes sans-abri.

Trois dispositifs en Paca : Marseille 200 places, Nice 100 places, Toulon Provence Méditerranée 55 places.

Deux expérimentations : Gap et Carpentras.

- Rechercher des solutions innovantes en misant sur l'expérimentation et en diversifiant les réponses (ACT hors les murs, consultations avancées d'addictologie en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), équipes mobiles en addictologie, expérimentation microstructures, dispositifs en santé mentale)

Ces dispositifs sont destinés à :

- Venir en appui aux structures du secteur Accueil, Hébergement et Insertion (AHI) confrontées à des situations de personnes éloignées du système de santé.
- Initier ou permettre la poursuite d'un accompagnement dans le secteur AHI ou dans tout autre lieu de vie de ces personnes (y compris l'habitat informel ou la rue).
- Eviter les ruptures de prise en charge ou en limiter les conséquences, et faciliter la continuité des parcours de soins.
- Renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun;
- Développer le recours à la prévention et aux soins.
- Réduire le renoncement aux soins.
- Renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé.
- Améliorer l'articulation des secteurs du sanitaire, le social et le médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.

En termes d'accompagnement : contribuer à renforcer les actions de soutien

- Renforcer la coordination et la coopération entre les secteurs de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI), du soin et du médico-social.
- Poursuivre le déploiement du soutien psychologique et psychosocial des personnes en grande précarité accueillies en structures d'hébergement ou en accueil de jour et coordonner le déploiement en complémentarité avec l'existant.
- Suivre le déploiement des formations en santé mentale des travailleurs sociaux du champ de la précarité, menées par l'Orspere-Samdarra¹ en Paca ; en réponse aux besoins des territoires et avec les référents territoriaux (DDETS/DDARS).

¹ Orspere-Samdarra est un observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales (ressources, recherches, éditions Rhizome).

7. Les gens du voyage / communautés en mode de vie itinérant

Selon des éléments colligés en 2017 par Santé publique France¹, les gens du voyage constituent une catégorie administrative retenue par le législateur pour désigner cette partie de la population caractérisée par son mode de vie spécifique : l'habitat traditionnel en résidence mobile. Il est constaté un manque de données nationales, pas de système de surveillance sanitaire, ponctuel ou répété, qui permettrait d'avoir des données sur l'état de santé et ses déterminants dans cette population. Les données épidémiologiques disponibles sont très parcellaires.

Le terme « gens du voyage » regroupe une multiplicité de populations, qu'elles soient d'origine rom (Manouches, Gitans, Tsiganes ou Roms d'Europe de l'est) ou non rom (Yenniches). Aujourd'hui, les 300 000 personnes que regroupe cette population en France sont à $\frac{1}{3}$ sédentaires, $\frac{1}{3}$ semi-sédentaires, et $\frac{1}{3}$ nomades. Les gens du voyage sont issus de plusieurs groupes, possèdent très majoritairement la nationalité française, et ont un mode de vie à l'origine fondé sur la mobilité.

Les Roms migrants représentent environ 15 000 personnes et sont sédentarisés depuis plusieurs générations dans leur pays d'origine (Roumanie et Bulgarie), qu'ils ont fui à cause des discriminations dont ils sont victimes et pour des raisons économiques. Ils recourent parfois à un habitat mobile en France à défaut d'autre solution. Les gens du voyage et les Roms migrants sont victimes de nombreux préjugés et discriminations liées à leur origine.

Les gens du voyage ont un état de santé moins bon qu'en population générale du fait de conditions de vie plus précaires auxquelles viennent s'ajouter et se combiner des expositions environnementales, des mauvaises conditions d'habitat, des risques liés aux pratiques professionnelles et aux conditions de travail (intoxication aux métaux lourds, accidents de travail...), un recours aux soins plus tardif, des maladies chroniques plus fréquentes, un faible impact de la prévention (vaccination, dépistage, santé bucco-dentaire), des représentations négatives réciproques entre les Voyageurs et certains professionnels de santé.

L'obligation d'accueil des gens du voyage est inscrite dans la loi du 31 mai 1990 relative à la mise en œuvre du droit au logement. Son article 28 prévoit l'établissement dans chaque département d'un schéma d'accueil des gens du voyage, qui s'impose aux communes de plus de 5 000 habitants. La loi reconnaît ainsi explicitement le mode de vie itinérant et l'obligation d'offrir aux gens du voyage des conditions de stationnement dignes et adaptées.

Par ailleurs, « l'ancrage territorial » des gens du voyage, qui était déjà perceptible, s'est renforcé ces dernières années. Les services départementaux font état d'une occupation quasi permanente de nombre d'aires d'accueil, voire d'aires de grand passage, certaines faisant même l'objet d'une appropriation totale par des groupes familiaux.

D'une manière générale, les études menées localement montrent un rapport de plus en plus étroit entre les gens du voyage et leur territoire : ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, les enfants du voyage sont nés dans le département dans une proportion double de celle de leurs parents. Les raisons avancées pour expliquer cette évolution vers une mobilité faible ou inexistante sont, outre le besoin de scolarisation des enfants, la précarité financière, la fragilité juridique de leur installation et l'absence de garantie de retrouver une place sur leur terrain d'élection.

¹ Source : Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes (Fnasat). Ancrage et besoins en habitat des occupants permanents de résidence mobile. Analyse nationale des politiques départementales. Février 2017 : Repris dans La Santé en action.

La loi « Besson » a institué un schéma d'accueil des gens du voyage, qui impose une obligation communale de création de places de stationnement réservées. Depuis 2010, le nombre de places créées dans des aires d'accueil a continué à progresser : à la fin de 2015, 26 873 places étaient disponibles, soit 25 % de plus qu'en 2010¹.

Toutefois, au-delà de ce constat global satisfaisant, des disparités importantes demeurent : le taux de réalisation est particulièrement faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les principaux obstacles techniques qui freinent la réalisation des aires d'accueil sont la difficulté de mobiliser des réserves foncières dans les zones de logement tendues, ainsi que la difficulté, particulièrement dans des zones sous tension urbanistique, à faire accepter ce type d'équipement par la population.

À défaut d'analyse globale disponible, la réalité des situations de précarité au sein des populations de gens du voyage qui, ne se déplaçant plus que marginalement, sont qualifiées de « sédentaires », peut être mesurée à partir d'enquêtes locales. Convergentes dans leurs constats, elles établissent un lien étroit entre « l'ancrage territorial » et la précarité du logement. Cet ancrage peut se manifester par la fixation sur des aires d'accueil ou par l'accès à des terrains privatifs non constructibles, dépourvus de tout assainissement, et où les alimentations en fluides (eau, électricité) sont difficiles ou inexistantes.

Le Ministre de l'Intérieur a relancé, en janvier 2022, les schémas départementaux d'accueil et d'habitat des gens du voyage devant permettre de répondre aux réalités et aux besoins locaux en matière de construction, mises aux normes techniques et sanitaires de ces installations, le développement des dispositifs d'habitat adapté répondant aux besoins d'ancrage des communautés.

Réalisation des schémas départementaux en Paca

Niveau de réalisation des prescriptions des schémas par département au 15 septembre 2021² :

Département	TAUX DE REALISATION		
	Aires permanentes d'accueil (places)	Terrains familiaux locatifs	Aires de grands passages
Alpes-de-Haute-Provence	22,4%	Pas de prescriptions au schéma	Pas de prescriptions
Hautes-Alpes	80%	100% en nombre de terrains	100%
Alpes-Maritimes	14,1%	Pas de prescriptions au schéma	Données manquantes
Bouches-du-Rhône	37,2%	Données manquantes	25%
Var	82%	Pas de prescriptions au schéma	66,7%
Vaucluse	80,6%	Pas de prescriptions au schéma	0%

¹ Rapport public annuel 2017 - février 2017 : L'accueil et l'accompagnement des gens du voyage : des progrès lents et inégaux, des objectifs à redéfinir (Cour des comptes).

² Ministère de l'Intérieur - La ministre déléguée chargée du logement (circulaire du 10 janvier 2022 aux Préfets de départements).

En termes de prévention

- Lever les freins aux vaccinations et aux dépistages par des sensibilisations et de l'information simple, facile à lire et à comprendre.
- Favoriser et amplifier les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour accompagner et « ramener-vers » les offres existantes dans les territoires.
- Permettre aux femmes de mieux connaître et mieux utiliser les moyens de contraception adaptés à leur situation.

En termes de soins

- Faciliter et simplifier l'accès aux soins : identifier et communiquer l'offre disponible sur le territoire de vie des communautés.

En termes d'accompagnement

- Poursuivre et renforcer les actions de médiation en santé et santé communautaire facilitant les relations entre les communautés et les professionnels de santé des territoires.
- Favoriser les interventions d'informations et de sensibilisation auprès de communautés sur le système de santé, l'accès aux droits et aux soins.
- Participer aux schémas départementaux en veillant à la prise en compte du volet santé des communautés.
- Faciliter et simplifier l'accès aux droits : identifier des points relais en lien avec les schémas départementaux d'accueil et d'habitat et les communiquer.

8. Les travailleuses et travailleurs en situation de précarité, dont les travailleuses et travailleurs saisonniers, les travailleuses et travailleurs agricoles

Deux millions de personnes qui travaillent sont pauvres en France, soit 8 % des travailleuses et travailleurs. L'intensité de la pauvreté est proche de 20 % : c'est-à-dire que la moitié des pauvres ont des revenus qui sont en réalité 20 % plus bas que le seuil de pauvreté¹.

Concrètement, la moitié des personnes pauvres a un niveau de vie inférieur à 885 euros par mois.

La pauvreté impacte plus particulièrement les femmes qui représentent les 2/3 des travailleurs pauvres.

Seules 20 % des personnes pauvres sortent durablement de la pauvreté. Malgré l'existence d'un salaire minimum en France, le travail ne protège pas de la pauvreté.

La pauvreté se stabilise à un niveau élevé. Elle avait légèrement diminué au début des années 2000, avant de remonter pour atteindre 1,1 million de personnes en 2011. Le recul du chômage a bénéficié à toutes les catégories de métiers, y compris les moins qualifiés. Mais cette amélioration de l'emploi s'est faite au prix d'une flexibilisation du droit du travail et d'une précarisation des emplois.

En Paca en 2019, 9 % des travailleurs sont pauvres soit 172 000 personnes, contre 8 % en France métropolitaine : davantage de non-salariés ou de salariés en parcours instable, plus de temps partiel subi, les artisans ou commerçants surreprésentés, les personnes seules à la tête d'une famille monoparentale ou d'une famille nombreuse sont plus souvent concernées.

En 2017, hors intérimaires, la région Paca a recours à 16 900 emplois saisonniers en équivalent temps plein (ETP), soit 1,5 % de l'ensemble des emplois ETP de cette zone étudiée pour des activités liées au tourisme, restauration, hébergement, à l'agriculture, sécurité, entretien, culture et divertissement, soit 231 000 personnes.

Un saisonnier sur deux n'a aucune autre activité salariée durant l'année. 50 % des contrats saisonniers sont dans le secteur de la restauration et de l'hébergement. Le poids de l'emploi salarié saisonnier varie sensiblement selon les territoires : un recours plus élevé dans les zones d'emploi de Sainte-Maxime et Briançon (90 ETP pour 1000 sont des saisonniers) par exemple.

La variation au jour le jour de l'emploi saisonnier reflète principalement l'évolution des activités liées au tourisme. La saisonnalité régionale est par conséquent très concentrée sur la période estivale.

En raison de l'attrait des stations alpines de sport d'hiver, certains secteurs connaissent dans l'année deux pics de saisonnalité. Le pic estival est toutefois bien plus élevé. Pour le secteur de l'agriculture, son pic de saisonnalité est décalé à mi-septembre, période de récolte, vendanges et travaux en cave.

En 2020, près de 21 200 chefs et co-exploitants sont à la tête des exploitations agricoles de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus de la moitié des exploitations de la région, soit 9 200, sont dirigées par au moins un exploitant de 55 ans ou plus (*L'emploi agricole en 2021 DREETS Paca*).

¹ Source INSEE Revenus et patrimoines des ménages Edition 2021 : Principaux indicateurs et analyses sur les inégalités monétaires, la pauvreté et le patrimoine des ménages.

	Alpes de Haute Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Emploi total en ETP	3 580	2 665	1 735	10 050	7 065	10 885	35 980
Evolution sur un an	-2,1	-1,7	+3,3	+3,8	+2,4	-2,9	+0,4
Répartition par activité %							
Viticulture	3,9	0,9	2,9	13,2	60,4	49,8	31,2
Maraîchage	5,7	3,0	24,1	34,7	5,7	13,6	16,9
Elevages	38,6	52,8	28,4	9,6	8,6	4,8	14,9
Grandes cultures	26,0	12,4	17,7	20,2	12,9	7,4	14,8
Cultures fruitières	20,2	19,9	7,8	18,0	3,9	16,1	14,5
Horticulture	1,7	3,6	17,4	3,0	6,9	6,7	5,5
Autres	3,9	7,3	1,7	1,3	1,6	1,6	2,2
Répartition par type d'emploi %							
Chef d'exploitation	62,0	71,5	54,8	33,0	43,5	37,2	43,1
Salariés permanents ETP (en CDI ou CDD de + de 3 mois)	10,6	6,8	32,3	33,5	39,0	25,1	27,7
Salariés non permanents ETP (occasionnels, saisonniers ou CDD de - de 3 mois)	23,3	17,4	6,6	31,2	14,3	36,0	26,4
Conjoints	4,1	4,3	6,3	2,2	3,2	1,7	2,8

Le renoncement aux soins est une préoccupation forte des acteurs de santé. Cette préoccupation est d'autant plus importante lorsque ce renoncement concerne des personnes considérées comme étant des travailleuses et travailleurs en situation de précarité.

Ces personnes présentent des vulnérabilités pour leur santé en ayant un emploi précaire, une rémunération proche du minimum, un rythme de vie intensif, un logement peu confortable voire précaire, des problèmes de transport, une mauvaise couverture maladie et un mauvais suivi médical, des consommations fréquentes de produits psychoactifs, des prises de risque sexuel.

On retrouve une consommation plus élevée d'alcool, de tabac et de substances psychoactives chez les travailleurs saisonniers par rapport à la population générale.

La crise COVID a par ailleurs révélé à quel point les travailleurs saisonniers et notamment les saisonniers agricoles avaient des conditions de vie très mauvaises en termes d'hygiène, de salubrité...) et peu accessibles.

Plus largement, tout un corpus de recherche scientifique récent a mis en lumière l'importance des conduites addictives en milieu professionnel et la façon dont les parcours professionnels et la qualité de vie au travail étaient impactés par l'usage de substances psychoactives, lui-même étant favorisé par de mauvaises conditions de travail.

Les travailleuses et travailleurs agricoles font face à une accumulation de difficultés : charge de travail, revenus faibles et instables, isolement, obligations familiales, poids de l'héritage, lourdeurs administratives, surendettement, crises climatiques... Il en résulte une charge mentale importante pouvant entraîner des passages à l'acte et un risque suicidaire élevé.

Les études récentes menées (Santé Publique France et Mutuelle sociale agricole-MSA) concluent à une surmortalité par suicide des exploitants agricoles par rapport à la population générale¹.

Le faible nombre d'études relatives au suicide en agriculture et le décalage conséquent entre l'année d'observation et la date de publication de l'analyse résultent d'un manque de données récentes sur le phénomène.

Ces analyses témoignent toutefois de l'urgente nécessité d'élaborer une politique publique efficace et volontaire à destination des agriculteurs en difficultés et démontrent la nécessité de renforcer les actions de prévention et de détection pour proposer le soutien le plus adapté.

En termes de prévention

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs pour la prise en compte de la santé sur les bassins d'emplois et notamment les structures d'exercice coordonné, les centres de santé, les DAC, la médecine du travail, les employeurs.
- Poursuivre et renforcer les actions d'informations, de sensibilisation et proposition de consultations des professionnels de santé des territoires sur les bassins d'emplois et auprès des populations qui ont en ont le plus besoin.
- Favoriser et amplifier les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour accompagner et « ramener-vers » les offres existantes dans les territoires et notamment avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la médecine du travail.
- Poursuivre les dynamiques en cours de la stratégie nationale de prévention du suicide.
- Participer aux Comités départementaux dédiés à la question du mal-être des agriculteurs dans chaque département.
- Développer une stratégie régionale de promotion de la santé au travail incluant des approches thématiques (conduites addictives, santé sexuelle, hygiène de vie, sommeil, santé mentale).

En termes de soins

- Favoriser l'accès à la téléconsultation et à la télé expertise dès que possible, et notamment dans les territoires où l'offre est insuffisante, inexistante ou trop éloignée.
- Amplifier la sensibilisation et la mobilisation des professionnels de santé du premier recours sur le repérage et la prise en charge des addictions, ainsi que sur la santé mentale et le risque suicidaire.

En termes d'accompagnement

- Faciliter et simplifier l'accès aux droits : > identifier des points relais dans les territoires des bassins d'emplois et les communiquer.

¹ Khireddine-Medouni I, Breuillard E, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016. 29 p.
Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 10 p.
Deffontaines N. Les suicides des agriculteurs. Pluralité des approches pour une analyse configurationnelle du suicide.

C- INDICATEURS DE SUIVI

	INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Baromètre sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	Nombre de PASS de ville labélisées	0	5	10
	Nombre d'équivalent temps plein de médiateurs en santé en PASS	3	5	7
	Nombre de PASS avec une offre de soins spécialisés (dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques)	7	16	26
Baromètre sur les dispositifs d'aller-vers	Nombre d'équipes mobiles (EMSP, PASS, EMPP, LHSS, ESSIP*)	26	34	49
Baromètre sur l'action en santé des acteurs du logement	Nombre de places et de lits facilitant la continuité des parcours de soins (ACT, LAM, LHSS**)	684	760	870

* EMSP : Equipe Mobile Santé Précarité / PASS avec une activité mobile / EMPP : Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité / LHSS : Equipes mobiles de Lits Halte Soins Santé / ESSIP : Equipes Spécialisées en Soins Infirmiers Précarité

** ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique / LAM : Lits d'Accueil Médicalisés / LHSS : Lits Halte Soins Santé

D - ATELIERS

Groupe général PRS Chapitre 2 Comment réduire les inégalités de santé ? : 7 février 2023
 Groupe PRAPS personnes sous-main de justice : 24 janvier et 28 février 2023
 Groupe PRAPS personnes prostituées/ travailleurs du sexe : 12 avril 2023
 Groupe PRAPS mineurs non accompagnés réunion collectif 13 : 10 mars 2023
 Groupe PRAPS délégations départementales : 19 avril 2023

E - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS EXPERTS EXTERNES AUX ATELIERS

Thierry ADVICE, chargé de mission Préfecture de région, SGAR, Immigration et cohésion sociale
 Sophie ARMAND, Chargée de mission Santé Publique à la Direction des Missions Educatives Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse SE
 Isabelle AUBANEL, médecin responsable CEGIDD 06 Conseil départemental 06
 Patrick BARRACANO, Référent Santé-Suicide-Mineur Direction interrégionale des services pénitentiaires SE
 Karine BOUROT, directrice centre cardiovasculaire d'Aiguières, Salon de Provence
 Léopold CARBONNEL, Directeur régional adjoint, Responsable du pôle inclusion et solidarités DREETS
 Hélène CARON, déléguée régionale aux droits des femmes PACA
 Carole CHEVALIER, Cheffe du Département des Politiques d'Insertion, de Probation, et de Prévention de la Récidive Direction interrégionale des services pénitentiaires SE
 Guillaume DEBRIE, coordinateur régional PACA Médecins du Monde
 Benjamin DEMAGNY, coordinateur COMEDE PACA
 Diletta DONNARUMMA, Chargée de Mission, Fédération des Acteurs du Social
 Victor DUPERRET, coordinateur Association AIDES – Vaucluse
 Sylvie DUTERTRE, directrice Association IMAJE SANTE
 Yolande ESKENAZI, Commissaire à la lutte contre la pauvreté
 Catherine FAUQUEUR, IDE et coordinatrice de la MSP Les Oliviers (06)
 Cyril FARNARIER, Coordinateur du Projet ASSAb, Hôpital Européen
 Stéphane FELIUS, directeur de l'Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU) La Madrague Marseille
 Nathalie GAURIN, Association Petits frères des pauvres
 Agnès GILLINO, coordinatrice générale des actions Médecins du Monde (06)
 Claire HIRTH, médiatrice en santé Association ALC « Les Lucioles » - Alpes-Maritimes
 Marie JACOB, psychologue COMEDE PACA
 Euphrasie KALOLWA, responsable Mission France, Médecin sans Frontières
 Erika KURZAWA, médecin CEGIDD CH Martigues, présidente COREVIH PACA Ouest Corse
 Sarah LABLOTIERE, responsable AIDES PACA, coordinatrice Marseille et du Spot Longchamp
 Rémi LAPORTE, pédiatre AP-HM, coordonnateur régional des PASS PACA
 Christine LORENTE CEGIDD 84 CH Avignon
 Elodie MANKOWSKI, IDEL et administratrice de l'URPS IDE PACA
 Marie MELLINAS, maître de conférences Marseille Universités, rattachée au Vaucluse, implantation des IPA
 Géraldine MEYER, directrice URIOPSS PACA Corse
 Jean-Régis PLOTON, directeur Association AUTRES REGARDS et vice-président du COREVIH PACA Ouest Corse.
 Mélanie PORTE, adjointe de direction au Comité d'Education pour la Santé (CODES 83)
 Pascal PUGLIESE, Président du COREVIH PACA Est
 Muriel SCHWARTZ, coordinatrice régionale des PASS PACA

Pierre-Marie TARDIEUX, médecin responsable Urgences CHU Nice, coordinateur régional des PASS PACA

Julie VALBOUSQUET, coordinatrice du COREVIH PACA Est - CHU Nice

CH Henri Guérin à Pierrefeu du Var : M. Jean Marc BARGIER, directeur

CH de Toulon : Dr Charline MEDJANI (CHITS)

CH Montperrin : M. Pascal RIO, directeur

CODES 83 : Mylène BAUDRY

UHSA : Dr Pascale GIRAVALLI (AP-HM)

UHSA, USMP, SMPR : Dr Catherine PAULET (AP-HM)

USMP d'Aix-Luynes : Dr Sophie LANIS

USMP d'Avignon, Arles et Tarascon : Dr Christine-Dominique BATAILLARD (CH MONTVAFET)

USMP d'Avignon, Arles et Tarascon : Mme Nadine DUBOULOZ (CH MONTVAFET)

USMP Baumettes, EPM, UHSI : Pr Christophe BARTOLI (AP-HM)

USMP de Digne : Dr Justine LIOTHIER (CHBD)

USMP de Draguignan : Sandrine GUIRAUD (CH DRAGUIGNAND)

USMP de Grasse : Dr Véronique NAHMMIAS et Laetitia MENARD, Mme Gisèle AKE (CH GRASSE)

USMP Nice et SMPR : Dr Vittorio LONIGRO et Sylvie TRUCCHI (CH SAINTE MARIE)

USMP (SPAD) de Luynes et Salon : Dr Julien LUC et Dr Nathalie BURNET (CH MONTPERRIN)

USMP de Nice : Dr Charlotte ROMETTI (CHU NICE)

USMP de Nice et SMPR : Mme Sylvie TRUCCHI, Dr Vittorio LONIGRO (CH SAINTE MARIE)

USMP de Toulon La Farlède : Dr Lounès BETTAYEB (CH PIERREFEU)

Unité sanitaire des Baumettes + UHSI : Catherine PAULET (AP-HM)

SMPR des Baumettes : Dr Amel MASSEBOEUF (AP-HM)

SMPR CASPA : Dr Amel MASSEBOEUF (AP-HM)

F - CONTRIBUTIONS ECRITES EXPERTS EXTERNES ISSUES DES ATELIERS

Collectif MNA

Coordination régionale des PASS PACA

DIRPJJ

DREETS

Fédération des Acteurs de la Solidarité

Médecins du Monde

SGAR

G - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS INTERNES AUX ATELIERS

Alice BOREL, DDARS 06

Julie BIGA, Référente Psychiatrie et soins en détention – DOS ARS Paca

Joan CARBUCCIA, responsable des missions prévention, santé mentale, précarité DDARS 04

Karine DENORME, infirmière - PPS/VSS DDARS 05

Florence GRIMALDI, animatrice territoriale DDARS 13

Camille MALIVERNEY, cadre référent ONDAM médico-social, DDARS 06

Nadia MENDJELI, conseiller médical, DDARS 05

Nathalie MOLAS-GALLI, responsable prévention DDARS 13

Nathalie MURU, chargée de programmes de santé DDARS 06

Isabelle RENVOIZE, directrice adjointe - DDARS 04

Geneviève SCHICKELE, animatrice territoriale DDARS 13

Caroline VAN DE VONDELE, chargée de mission soins en détention et psychiatrie – DOS ARS Paca
Nadège VERLAQUE, responsable prévention DDARS 83
Isabelle VIREM, responsable prévention DDARS 06

H – REDACTEUR

Nathalie NARGIEU-NEDIOUJEFF, pilote régional PRAPS-PASS, ARS Paca

Notre projet, pour votre santé.



Agence régionale de santé PACA

R93-2023-10-26-00006

Projet régional de santé - Schéma régional de
santé PRS-2023-2028



Projet régional

de santé 2023-2028

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

PRÉAMBULE

L'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est un établissement public sous tutelle du Ministère de la santé et de la prévention. C'est elle qui pilote la politique de santé dans la région, en lien avec les usagers, les partenaires institutionnels, les élus du territoire et les professionnels de la santé. Elle coordonne, sur le territoire, les activités de l'hôpital public et privé, du champ médico-social, de la prévention et du soin de ville.

Parce que chaque région a ses spécificités, la politique de santé doit être adaptée au territoire et aux enjeux qui lui sont propres. C'est pourquoi, tous les 5 ans, un « projet régional de santé » est élaboré. Il s'agit d'une feuille de route stratégique qui oriente les actions opérationnelles à mener dans les 5 prochaines années.

Ce travail est issu d'un long partenariat débuté en 2022 qui s'appuie sur :

- l'évaluation du précédent PRS ;
- le Ségur de la santé et les conclusions des Conseils nationaux de la refondation ;
- les temps d'échanges avec les partenaires et avec les instances de démocratie en santé ;
- les réflexions menées à l'occasion des Agoras de l'ARS Paca, en mars 2023 ;
- les nombreuses contributions des partenaires ;
- les avis rendus lors de la consultation de juillet à octobre 2023 ;
- la collaboration précieuse des représentants d'usagers de notre région qui ont participé à la relecture du document.

Ce projet régional de santé se décline sur la période du 1er novembre 2023 au 31 octobre 2028.

EDITO

« Vieillesse de la population, baisse de la démographie médicale, changement climatique : autant de défis à traverser de manière cohérente et adaptée. Dans ce contexte, avoir un projet régional de santé c'est essayer de faire converger les acteurs pour adapter de manière structurée notre système de santé aux enjeux de notre région. Il propose des solutions et des réponses très concrètes aux attentes les plus importantes en se fondant sur quelques valeurs fondamentales : celle du respect de la dignité de la personne, de la prise en compte de sa subjectivité, celle de l'équité par exemple.

Le projet que vous allez lire tente de répondre à ces objectifs. Il a fait l'objet d'une très large concertation dans les différents départements de la région, auprès de professionnels, d'institutionnels mais aussi bien évidemment d'usagers. Il se structure autour de 7 priorités tenant compte d'un diagnostic réalisé sur la région.

Il engage l'ARS mais pas seulement : la politique de santé est très dépendante d'autres politiques (éducation, emploi, logement, transports, alimentation, etc.), c'est pourquoi les collectivités territoriales et les services de l'Etat partenaires ont participé aux travaux et seront amenés à coopérer sur ces sujets. Le travail conjoint avec l'Assurance Maladie et les autres financeurs du système de santé est aussi un enjeu important des 5 années à venir. Les professionnels de santé eux aussi seront amenés à évoluer dans leurs pratiques et doivent être accompagnés le mieux possible pour cela. Ce document est un document stratégique, il sera complété sur chacun des territoires par des feuilles de route annuelles qui pourront orienter les travaux des acteurs locaux.

Des indicateurs de suivi ont été déterminés pour chaque chapitre et faciliteront l'évaluation de la mise en œuvre.

Je vous souhaite une très bonne lecture. »

Denis Robin
Directeur général de l'ARS Paca

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
EDITO	3
SOMMAIRE.....	4
CHAPITRE 1 Comment protéger la santé de la population ?	7
CHAPITRE 2 Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?.....	24
CHAPITRE 3 Comment accompagner le vieillissement et en particulier ses conséquences en termes de prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie ?.....	36
CHAPITRE 4 Comment accompagner les personnes en situation de handicap ?	45
CHAPITRE 5 Comment répondre aux défis de la santé mentale et de la psychiatrie ?	56
CHAPITRE 6 Comment améliorer la coopération des acteurs en santé ?	70
CHAPITRE 7 Comment améliorer la qualité des prises en charge ?.....	79
CHAPITRE 7.1.1 Activité de médecine	92
CHAPITRE 7.1.2 Activité de médecine, filière pédiatrique	96
CHAPITRE 7.2.1 Chirurgie adulte.....	100
CHAPITRE 7.2.2 Chirurgie bariatrique	102
CHAPITRE 7.2.3 Chirurgie pédiatrique	105
CHAPITRE 7.3 Périnatalité.....	107
CHAPITRE 7.4 Psychiatrie.....	113
CHAPITRE 7.5 Établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR)	114
CHAPITRE 7.6 Médecine nucléaire	120
CHAPITRE 7.7 Unité de soins de longue durée	125
CHAPITRE 7.8.1 Greffe, prélèvements tissus	126
CHAPITRE 7.8.2 Prélèvements et greffe de cellules souches hématopoïétiques	131
CHAPITRE 7.9 Traitement des grands brûlés.....	135
CHAPITRE 7.10.1 Chirurgie cardiaque adulte.....	137
CHAPITRE 7.10.2 Chirurgie cardiaque pédiatrique	139
CHAPITRE 7.11 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	140
CHAPITRE 7.12.1 Activité de soins en neurochirurgie - adulte	145
CHAPITRE 7.12.2 Activité de soins en neurochirurgie - enfant	148
CHAPITRE 7.13 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	150
CHAPITRE 7.14 Activité de médecine d'urgence.....	154
CHAPITRE 7.15.1 Les soins critiques - adultes	164
CHAPITRE 7.15.2 Les soins critiques - enfants	169

CHAPITRE 7.16 Insuffisance rénale chronique	170
CHAPITRE 7.17.1 L'assistance médicale à la procréation	176
CHAPITRE 7.17.2 Le diagnostic prénatal	178
CHAPITRE 7.18 Le traitement du cancer	180
CHAPITRE 7.19 Génétique.....	191
CHAPITRE 7.20 Activité d'hospitalisation à domicile	192
CHAPITRE 7.21 Radiologie interventionnelle.....	197
CHAPITRE 7.22.1 Imagerie diagnostique	200
CHAPITRE 7.22.2 Caisson hyperbare	203
CHAPITRE 7.22.3 Cyclotron à utilisation médicale	204
CHAPITRE 7.23 Biologie médicale	205
CHAPITRE 7.24 Les soins palliatifs	210
CHAPITRE 7.25 Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux	216
CHAPITRE 7.26 La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)	220
CHAPITRE 7.27 Indicateurs de suivi	228
CHAPITRE 8 Objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds	229
8.1 Médecine	231
8.2 Chirurgie.....	233
8.3 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	235
8.4 Psychiatrie.....	237
8.5 Soins médicaux et de réadaptation	244
8.6 Médecine nucléaire	256
8.7 Soins de longue durée	259
8.8.1 Greffes d'organes.....	260
8.8.2 Greffes de cellules souches hématopoïétiques.....	262
8.9 Traitement des grands brûlés.....	263
8.10 Chirurgie cardiaque.....	264
8.11 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	265
8.12 Neurochirurgie	273
8.13 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	275
8.14 Médecine d'urgence.....	277
8.15 Soins critiques	281
8.16 Traitement de l'insuffisance rénale chronique	286
8.17 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal.....	289
8.17.1 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation	289
8.17.2 Activités biologiques de diagnostic prénatal	294
8.18 Traitement du cancer	296

8.19 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	308
8.20 Hospitalisation à domicile	309
8.21 Activité de radiologie interventionnelle.....	312
8.22 Equipements matériels lourds	317
8.22.1 Equipements d'imagerie en coupes : appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale et scanographes à utilisation médicale	317
8.22.2 Caisson hyperbare	321
8.22.3 Cyclotron à utilisation médicale	322
ANNEXES	323
GLOSSAIRE	334

CHAPITRE 1

Comment protéger la santé de la population ?

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a montré l'importance de repositionner encore plus fortement la protection de la santé au cœur de notre système de santé. Elle a rappelé la nécessité de considérer la protection de la santé dans une approche globale qui agit sur l'ensemble des déterminants de santé (conditions de vie, travail, éducation...), et qui comprend les préventions primaire, secondaire, tertiaire, la santé environnementale, la veille et la sécurité sanitaire, la préparation à la gestion de crise.

Le renforcement de l'espérance de vie en bonne santé est d'autant plus important dans notre région qu'elle connaît non seulement des indicateurs de précarité marqués, une vulnérabilité importante aux risques environnementaux (risques naturels, pollutions, maladies transmises par les insectes vecteurs), mais aussi une adhésion et un recours généralement plus faibles aux grands programmes de prévention que sont par exemple la vaccination ou encore le dépistage des cancers.

Les enjeux à long terme seront alors d'investir plus largement les champs de la prévention et de la promotion de la santé, afin de les intégrer plus fortement dans le quotidien de la population et tout au long de la vie. Il s'agira de doter la prévention de moyens supplémentaires, mais aussi d'apporter davantage de structuration, de cohérence et de lisibilité de l'offre de prévention dans les territoires, afin de la rendre plus efficace et accessible. La promotion de la santé devra être fortement impliquée dans une approche comprenant la promotion d'environnements favorables à la santé et le développement des compétences personnelles et collectives. La prévention primaire devra y trouver une juste place, notamment par un déploiement plus large des actions d'éducation à la santé (nutrition, santé mentale, santé sexuelle, addictions), de sport-santé, et de protection contre les principaux facteurs de risques comme l'alcool et le tabac.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs et la coordination territoriale des actions seront des facteurs clés de réussite pour intégrer, progressivement et de manière concertée, la santé dans toutes les politiques publiques.

Il faudra enfin accompagner les évolutions dans le domaine de la santé pour faire face aux effets du changement climatique, et préparer le système de santé à des menaces sanitaires émergentes et à des crises, en s'attachant aussi à réduire l'impact du secteur en termes d'émission de gaz à effet de serre.

LES ENJEUX A LONG TERME

- Améliorer l'offre de prévention et l'inclure dans le quotidien de la population et tout au long de la vie.
- Faire du concept « santé dans toutes les politiques » un paramètre d'évaluation des politiques publiques et promouvoir des environnements favorables à la santé.
- Assurer et accompagner des évolutions à prévoir dans la santé pour faire face aux effets du changement climatique.
- Préparer le système de santé à faire face aux menaces sanitaires émergentes et aux crises.
- Réduire l'impact du secteur de la santé en termes d'émission de gaz à effet de serre.

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- Les programmes de prévention sont déployés sur l'ensemble de la région. Ils garantissent la démultiplication des dispositifs de prévention jugés pertinents et efficaces tout en s'assurant de leur adaptation aux besoins et aux spécificités des territoires.
- Ils se traduisent en feuilles de route thématiques et/ou populationnelles pilotées à l'échelle régionale et en déclinaison départementale avec l'ensemble des acteurs concernés : nutrition, santé mentale, santé sexuelle, addictions, sport-santé, vaccination, dépistages, etc. Ces feuilles de route sont régulièrement évaluées en termes d'activité et, autant que possible, d'impact en santé.
- La complémentarité des acteurs implantés dans les territoires (associatifs, collectivités, professionnels de santé, etc.) et des différents modes d'action (approches individuelles, collectives, communautaires, « aller-vers », etc.) est systématiquement recherchée. Elle est soutenue par le renforcement des dispositifs de coordination, et notamment des contrats locaux de santé (CLS).
- Les risques environnementaux (qualité de l'eau, maladies vectorielles, espèces exotiques envahissantes, allergies, qualité de l'air intérieur et extérieur...) sont mieux pris en compte, en lien avec le 4^e plan régional santé environnement (PRSE) et le système de santé est renforcé dans la préparation à la gestion de crise sanitaire, en s'appuyant notamment sur le retour d'expérience de la crise Covid.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Renforcer la mobilisation et la coordination des acteurs pour une politique de prévention ambitieuse

Le développement d'une stratégie ambitieuse de prévention passe nécessairement par une plus forte mobilisation et une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs : institutions et acteurs traditionnels de la prévention, professionnels de santé, collectivités locales et représentants de la société civile. Il s'agit de s'assurer à la fois de l'adhésion à une stratégie régionale de prévention lisible et partagée par tous, et également de la co-construction de politiques de prévention adaptées aux besoins des territoires.

Ce renforcement de la mobilisation et de la coordination technique et financière des acteurs se décline aux différents niveaux de pilotage territorial

- *Au niveau régional*
La commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile sera réactivée. Composée des représentants régionaux des services de l'État, des collectivités territoriales et de l'Assurance Maladie (régime général et MSA) elle devra assurer une cohérence stratégique d'ensemble visant notamment à une convergence et/ou une complémentarité des actions et des financements associés.
- *Au niveau départemental*
Cette commission sera déclinée à l'échelle départementale pour piloter les actions, sur les volets financier et opérationnel. Elle sera animée par l'ARS en lien étroit avec les conseils territoriaux de santé au sein desquels une sous-commission en charge de la coordination des politiques de prévention pourra également être mise en place.
- *Au niveau territorial*
Il est proposé de renforcer et légitimer le rôle des contrats locaux de santé (CLS) comme pivot d'articulation des politiques de prévention en lien avec les autres dispositifs locaux de coordination (contrats locaux en santé mentale – CLSM, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS, ateliers santé ville – ASV, centres communaux d'actions sociales – CCAS, dispositifs d'appui à la coordination – DAC, etc.)¹.

Le contrat local de santé

Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Dans ce cadre, la coordination des financements est un enjeu essentiel. Sur le modèle de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, ces différents organes devront s'assurer, chacun à leur niveau, de l'engagement optimisé des ressources financières mobilisables, de la recherche de nouveaux financements, et de la convergence des financements sur les axes stratégiques identifiés, allant jusqu'à encourager autant que possible des co-financements coordonnés.

¹Cf. CHAPITRE 6

2. Développer et structurer l'offre de prévention pour mieux répondre aux spécificités territoriales

Adapter les politiques de prévention à l'échelle des territoires est un enjeu majeur pour répondre à leurs spécificités et favoriser indirectement l'adhésion et l'implication des acteurs locaux. L'objectif est ainsi d'encourager l'émergence d'initiatives locales, mais aussi de décliner et d'adapter les grands programmes de prévention aux spécificités locales. La construction des programmes et actions de prévention à l'échelle territoriale passe nécessairement par une meilleure utilisation des données de santé mobilisables (cartographie des pathologies et des dépenses de la CNAM, de Santé Publique France, diagnostics de territoires de l'Observatoire régional de la santé Paca, études des comportements et pratiques, etc.).

Toutefois, pour éviter les effets de morcellement et de manque de lisibilité de l'offre, l'effort de structuration de la politique de prévention passe aussi par un déploiement plus large des actions de prévention jugées efficaces ou prometteuses en assurant un suivi et une évaluation régulière de leur déploiement. L'objectif est également de renforcer les systèmes d'évaluation des actions initiées dans les territoires, et ainsi d'encourager les retours d'expérience et capitalisations afin de pouvoir déployer dans certains territoires des actions qui se seraient révélées efficaces dans d'autres territoires de typologie similaire.

Dans ce cadre, les centres de ressources régionaux, qu'ils soient généralistes (Cres Paca, Codes, ORS, etc.) ou thématiques (CRCDC, Azur Sport Santé, Réseau Méditerranée, Corevih, etc.) continueront à être fortement mobilisés. Le recours aux outils régionaux (Oscars, Celester, Sirsé PACA) ou nationaux (registre Santé publique France des interventions efficaces ou prometteuses) de recensement des modes d'actions pertinents sera encouragé.

Des programmes de formation et d'accompagnement des partenaires et des initiatives locales seront développés. Enfin, la lisibilité de l'offre et des acteurs sera renforcée pour favoriser les interactions et complémentarités, en soutenant la réalisation de cartographies de l'offre de prévention (et plus largement de l'offre de santé) aux différents niveaux de coordination territoriale. Ces cartographies permettront également d'identifier les manques dans certains territoires afin de contribuer autant que possible à les combler.

3. Conforter le rôle des professionnels de santé en matière de prévention

L'engagement croissant de la médecine de ville en matière de prévention sera soutenu, notamment par le biais des structures d'exercice coordonné et des CPTS qui seront encouragées et accompagnées dans leur stratégie de déploiement. L'approche pluriprofessionnelle de la prévention – qui a connu un essor important pendant la crise Covid – sera renforcée auprès des professionnels de santé : médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, ... L'élargissement progressif des compétences de ces professionnels en matière de dépistages, de vaccinations, de bilans de prévention, etc., permettra progressivement un déploiement plus large de l'offre de prévention et renforcé auprès de publics spécifiques (femmes enceintes, petite enfance, ...), y compris dans une logique d'aller-vers. Les centres ressources et les dispositifs de coordination locale (CLS, CLSM) seront mobilisés pour accompagner les initiatives territoriales.

La mise en place progressive des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie sera une opportunité pour toucher un public plus large et renforcer la coordination entre le premier recours et une offre d'accompagnement de proximité (maisons sport-santé, maisons des femmes, maison des adolescents, etc.). La montée en puissance de l'Assurance Maladie en matière de prévention individuelle et d'« aller-vers » sera également un facteur de réussite.

L' « aller-vers »

Pour améliorer la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas : certains citoyens ne sont pas en mesure d'accéder aux soins et à la prévention. Si l'on veut qu'ils en bénéficient, il faut aller à leur rencontre au sein de leurs lieux de vie. La démarche de l'« aller-vers » s'adresse à ces citoyens sans attendre qu'ils expriment une demande d'aide, de préférence avant que les difficultés ne soient installées (source : Santé Publique France).

Le service sanitaire sera un levier de mobilisation des étudiants en santé, leur permettant de se constituer pleinement comme acteurs de la prévention dès le début de leur formation. Les internes de médecine seront incités à mener des actions de prévention pendant leur stage chez le praticien. La place des structures de prévention secondaire¹ sera confortée et des approches mutualisées telles que la mise en place de structures dites « de santé publique » seront encouragées.

Le Groupement hospitalier de territoire de Vaucluse a mis en place au sein du centre hospitalier d'Avignon un service de mission de santé publique qui regroupe les missions de Cegidd, de centre de vaccination, de centre de vaccination internationale, de centre de lutte antituberculeuse et enfin de prise en charge des populations précaires et des primo-arrivants, y compris dans le cadre d'actions « hors-les-murs ».

Enfin, la place de l'hôpital dans les politiques de prévention devra être renforcée dans le cadre d'une démarche de coordination ville-hôpital.

Des programmes dits « de responsabilité populationnelle » sont initiés à titre expérimental par l'hôpital, en matière de prévention et de prise en charge du diabète dans le Var et de l'insuffisance cardiaque dans les Hautes-Alpes.

4. Décliner les stratégies de prévention en feuilles de routes thématiques et/ou populationnelles (périnatalité, nutrition, santé sexuelle, addictions, etc.).

- *Développer la prévention à destination des femmes enceintes, des parents, des professionnels et des enfants lors des 1000 premiers jours de la vie et de la petite enfance.*

Le concept scientifique des « 1 000 premiers jours » met en évidence une période clef pour le développement de l'enfant : sa santé, son bien-être et celui de ses parents. Pendant cette période, le cerveau de l'enfant se développe plus qu'à tout autre moment. C'est le moment de poser avec lui certaines des fondations de sa vie, pour lui et pour l'adulte qu'il deviendra.

Le projet national des « 1 000 premiers jours » est l'ambition d'une nouvelle politique publique, conçue autour des besoins de l'enfant et de ses parents. Depuis 2021, il est piloté par le Ministère des solidarités et de la santé et mené avec ses partenaires de la Sécurité sociale, de Santé publique France, ainsi que des agences régionales de santé et des Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail des solidarités (DREETS). Cette politique « des 1000 premiers jours de la vie » constitue un enjeu prioritaire de prévention dans la région.

Dans ce cadre, les services de protection maternelle et infantile (PMI) seront soutenus afin de faire progresser le nombre :

- d'entretiens prénataux précoces, de bilans de santé en école maternelle ;
- de visites à domicile pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables ;

¹ que sont notamment les Centres de lutte anti-tuberculose, les Cegidd, les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), les Espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle, les centres de vaccination, etc.

- d'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices de PMI jusqu'aux deux ans de l'enfant en faveur des familles vulnérables ;
- de consultations infantiles correspondant à des examens de santé obligatoire du jeune enfant.

Les actions devront permettre une amélioration quantitative mais aussi qualitative des entretiens par un programme de formation adapté des professionnels de santé.

La mise en place de « maisons des 1000 jours » pourra être soutenue dans certains territoires fragiles afin de renforcer les synergies autour de cette thématique.

Dans la continuité des 1 000 premiers jours de la vie, le bilan de santé des enfants de 4 ans, assuré en maternelle par les services de PMI des conseils départementaux, représente également une étape importante du parcours du jeune enfant pour assurer le dépistage des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage. Il s'agira de poursuivre le soutien au déploiement du bilan de santé standardisé conçu dans notre région (bilan « Eval Mater »), au maintien d'une offre large de formation à la passation du bilan, et à l'informatisation du recueil des données par les 6 services de PMI afin d'améliorer le suivi et la connaissance de l'état de santé des enfants de 3-4 ans en région.

- o *Renforcer les compétences psycho-sociales et les compétences en santé*

Les compétences psycho-sociales (CPS) sont des compétences émotionnelles, cognitives et sociales qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.

Leur développement auprès des enfants, des jeunes et des familles est un enjeu prioritaire de santé publique pour prévenir la consommation de substances psychoactives, les problèmes de santé mentale, les comportements violents et sexuels à risque, et renforcer l'adaptation sociale et la réussite éducative. Les actions de développement des CPS auprès des jeunes, en milieu scolaire et hors milieu scolaire, devront être déployées très largement en mobilisant étroitement les rectorats, les collectivités locales, les professionnels des établissements scolaires et les centres ressources régionaux experts en CPS. L'objectif : une montée en puissance progressive des programmes qui ont montré leur efficacité dans ce domaine. Des programmes de formation seront proposés largement auprès des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance et des personnels des écoles et enseignants.

Plus largement, l'objectif est de structurer et renforcer les actions de prévention à l'école¹ en matière de santé mentale, santé sexuelle, nutrition, addictions, mésusage des écrans, etc.

Des programmes « probants » sont développés dans la région :

- o le PROgramme de Développement Affectif et Social (Prodas) destiné aux enfants et aux jeunes de 4 ans jusqu'à lycée, développé par le pôle régional Prodas du Planning familial 13 ;
- o le programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) déployé par le Codes des Alpes-Maritimes ;
- o le programme « Unplugged » ciblé plus spécifiquement sur la prévention des conduites addictives en milieu scolaire.

Il s'agira également de poursuivre les actions visant à soutenir et accompagner les parents dans le renforcement de leurs compétences en santé, la promotion de l'allaitement maternel, la nutrition, la prévention des accidents de la vie courante, la santé bucco-dentaire, la prévention des expositions aux produits toxiques et aux facteurs de risques environnementaux.

¹ Dans le cadre de la démarche « école promotrice de santé » et de la convention de partenariat entre l'ARS et l'Éducation nationale

- *Prévenir la souffrance psychique chez les jeunes*

La crise sanitaire a eu un impact majeur sur la souffrance psychique des jeunes, avec une dégradation continue, à partir de l'automne 2020 comme le montrent des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées suicidaires et gestes suicidaires et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin.

Les maisons des adolescents, comme d'autres structures, font face à un accroissement de la demande et donc de leur activité. Fort de ce constat, l'objectif sera de mieux prévenir et repérer la souffrance psychique en milieu scolaire, mais également pour les publics les plus fragiles (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, étudiants et jeunes en insertion). Il s'agira également d'accroître le premier accueil des jeunes en souffrance psychique et favoriser l'« aller-vers », notamment par des Points Accueil Ecoute Jeunes, des Espaces Santé Jeunes et des Maisons des Adolescents, pour répondre à une plus forte demande. Enfin la formation des professionnels au contact des adolescents et des jeunes à la souffrance psychique et à d'autres thématiques (suicide, addiction, écrans etc.) sera soutenue.

- *Renforcer la prévention et la réduction des risques et dommages des conduites addictives*

Notre région présente certains indicateurs défavorables par rapport aux moyennes nationales, à la fois en matière de prévalence du tabagisme quotidien, de consommation quotidienne d'alcool et d'usage du cannabis.

La région connaît une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée qu'au niveau national (29,1 % de consommateurs quotidiens vs 25,3 % au niveau national), avec, comme partout en France, une hausse du tabagisme quotidien observée entre 2019 et 2021 concernant les femmes et les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat¹. S'agissant de l'alcool, les adultes de la région ont un niveau de consommation quotidien plus important qu'au niveau national (11,4 % de consommateurs quotidiens vs 10 % au niveau national)². Enfin, la consommation de cannabis est très légèrement supérieure à la moyenne nationale, aussi bien chez les adolescents que chez les adultes. Elle concerne 11 % des 18-64 ans et plus particulièrement la tranche d'âge des 18-25 ans (28%)³.

Face à ce constat, une offre de formation large doit être développée auprès des professionnels de santé de premier recours, leur permettant d'évaluer de façon précoce la consommation de substances psychoactives, de proposer une intervention brève chez les consommateurs à risque et d'orienter, voire d'assurer un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations (dispositif Repérage précoce et intervention brève – RPIB).

Concernant plus particulièrement les addictions aux drogues, il s'agira de prévenir les problèmes sanitaires et sociaux associés : mise à disposition de matériel de consommation à moindre risque, dépistage de maladies infectieuses, vaccination, accès aux droits (dispositif Réduction des risques et des dommages – RDRD).

Plus globalement, il s'agira d'améliorer la prévention et de réduire les risques et les dommages, tout en soutenant l'entourage et les familles des usagers, notamment par :

- le développement des compétences psychosociales ;
- le maintien et le renforcement des RDRD existants ;
- le déploiement de la RDRD à toutes les consommations et à tous les publics nouveaux ;

¹ Baromètre Santé Publique France (2022), Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans

² Bulletin de santé publique (2020), Provence-Alpes-Côte d'Azur – Données sur la consommation d'alcool

³ Baromètre Santé Publique France (2016), Etude réalisée par l'OFDT – Cannabis : Usages actuels en population adulte

- le développement de l'« aller-vers », notamment dans les territoires isolés.

Les « espaces sans tabac » (lieux de santé sans tabac, administration sans tabac, etc.) doivent être multipliés, et le soutien au « Mois sans tabac » être l'occasion de promouvoir plus largement les dispositifs d'accompagnement au sevrage tabagique.

Concernant la consommation d'alcool, un accroissement des projets dédiés à l'alcool (qui est une des premières causes de mortalité évitable en France) et/ou intégrant des approches globales visant les polyconsommations sont à soutenir.

Enfin, une attention particulière sera portée à la problématique grandissante des addictions sans substances, en initiant et/ou poursuivant des actions de prévention liées au mésusage des écrans, usages excessifs de jeux vidéo et des jeux d'argent et de hasard.

- o *Promouvoir la santé nutritionnelle et l'activité physique en prévention de l'obésité*

La nutrition et l'activité physique sont deux déterminants de santé majeurs d'amélioration de l'état de santé de la population qui justifient de renforcer les actions d'éducation à la santé auprès des enfants et adolescents via des collaborations interinstitutionnelles.

L'engagement des collectivités dans le développement d'actions territorialisées de portée globale (dite « à 360 ° ») sera soutenu et accompagné afin d'agir en complémentarité.

Dans notre région, 17% des adolescents sont en surpoids et 16% des adultes sont en situation d'obésité.

Centre Spécialisé de l'Obésité PACA Est. (2023) - <https://www.csopacaest.fr>

L'investissement dans la CoAlim (réseau d'acteurs institutionnels qui traite de sujets autour de l'alimentation de manière transverse et complémentaire) servira à développer l'axe nutrition et activité physique au sein des projets alimentaires territoriaux (PAT) de la région Paca, ou à soutenir directement des PAT porteurs d'une ambition forte en matière de nutrition (comme le Parc naturel régional du Luberon).

Des programmes à destination spécifiquement des jeunes enfants et de leurs parents seront développés, à l'instar du programme « Ratatouille & cabrioles » porté par le réseau régional CRES-Codes¹.

Le déploiement dans la région du dispositif piloté par l'Assurance Maladie « Mission Retrouve Ton Cap » sera également un maillon important de cette stratégie, par la mobilisation progressive des structures d'exercice coordonné de la région dans la prise en charge précoce et pluridisciplinaire (accompagnement nutritionnel et psychologique) des enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité commune non compliquée (une cinquantaine de structure engagées en 2023 en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

- o *Développer l'offre de « sport santé » dans la région*

Les Maisons sport-santé (MSS) sont un maillon essentiel de l'offre « sport-santé » : elles ont pour mission de faciliter un accès à une activité physique et sportive au quotidien, à tous les moments de la vie, notamment pour les publics vulnérables, souffrant de pathologies chroniques ou en perte d'autonomie. Elles permettent à toutes ces personnes de bénéficier notamment d'un accompagnement pour être mieux informées et orientées vers les offres d'activités physiques et sportives de proximité adaptées à leurs besoins, après avoir évalué leurs capacités physiques.

¹ Le programme régional Ratatouille et cabrioles (cres-paca.org)

Le réseau des MSS mis en place depuis 2019 dans la région (41 MSS labélisées en 2023) sera soutenu avec une couverture territoriale du dispositif qui aura vocation à être progressivement étendue. Une montée en compétence de ces structures pourra être accompagnée par la formation, les échanges d'expertises et de bonnes pratiques, et la visibilité de l'offre sera renforcée par la poursuite du développement et la promotion de la cartographie « Mon Sport Santé Paca » développée par le centre ressource régional Azur Sport Santé.

Les MSS seront mobilisées pour promouvoir plus largement l'activité physique adaptée auprès des personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique ou en perte d'autonomie, pour sensibiliser, former et accompagner les médecins et masseurs-kinésithérapeutes à la prescription ainsi que pour renforcer le recours à l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse. La promotion du « sport-santé », que ce soit au titre de l'activité physique adaptée ou du sport santé bien-être, sera soutenue.

- *Poursuivre la promotion de la vaccination*

L'adhésion à la vaccination en Provence-Alpes-Côte d'Azur s'améliore mais reste toujours insuffisante. Les actions engagées ces dernières années en matière de promotion de la vaccination doivent être poursuivies sans relâche. L'accès à la vaccination sera facilité par l'élargissement des compétences des professionnels de santé en matière de prescription et d'administration des vaccins.

L'entretien motivationnel des jeunes parents est l'un des outils d'augmentation de la confiance dans les vaccins conseillés pour les tout-petits. Le projet Motivac Mater de l'ORS Paca, basé sur la réalisation par les sages-femmes d'entretiens motivationnels en maternité, a confirmé l'impact de ces entretiens sur l'intention de faire vacciner son nourrisson. Il devra être soutenu et déployé dans les maternités, mais aussi plus largement dans le cadre des entretiens pré ou postnataux et/ou des visites à domicile organisées par les services de PMI ou par des médiateurs en santé.

Dans la région, seuls 77,5% des habitants se disent favorables à la vaccination en 2021 contre 84,6% en France métropolitaine.

Les couvertures vaccinales sont relativement élevées chez les nourrissons concernés par l'extension de l'obligation vaccinale, mais toujours en dessous des objectifs à 95 %.

Chez les enfants et adolescents, on observe une augmentation des couvertures vaccinales qui ne relèvent pas de l'obligation vaccinale (méningocoque C, HPV) mais toujours en deçà des moyennes nationales. Enfin, les couvertures vaccinales contre la grippe sont insuffisantes chez les personnes présentant des facteurs de risque.

Bulletin de santé publique (2023), Provence-Alpes-Côte d'Azur – Données sur la vaccination

En lien avec des actions de promotion de la vaccination et de proposition de rattrapage vaccinal, la Semaine européenne de la vaccination (SEV) aura pour but de donner davantage de visibilité à ces messages. En complément, des campagnes de vaccination contre le papillomavirus (HPV) seront dorénavant organisées à l'école, chaque année, pour toutes les classes de 5^{ème}, par les centres de vaccination départementaux, communaux ou hospitaliers répartis sur le territoire. Des campagnes annuelles de vaccination couplées grippe-Covid continueront à être organisées auprès des publics cibles fragiles avec une attention toute particulière pour leur déploiement dans les Ehpad.

- *Poursuivre l'effort de prévention en santé sexuelle*

Malgré les efforts considérables engagés ces dernières années en matière de lutte contre les infections sexuelles transmissibles (IST), l'épidémie de VIH se poursuit toujours. Environ 400 cas de séropositivité sont découverts chaque année en Paca et l'épidémie récente de variole du Singe a fait l'objet de 334 cas signalés en 2022 dans notre région.

Dans ce contexte, la structuration de l'offre en santé sexuelle et reproductive doit être poursuivie pour la rendre toujours plus visible et accessible. Les initiatives pour une meilleure coordination, voire mutualisation entre les structures spécialisées en santé sexuelle que sont les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les espaces de vie affectives (Evars) d'une part et les centres gratuits de dépistage et de diagnostic du VIH (CeGIDD) d'autre part seront encouragées.

Le rôle des deux comités régionaux de Coordination de la lutte contre les IST et le VIH (Corevih) devra être renforcé dans l'animation, la coordination et la formation des acteurs. Les approches communautaires de médiation en santé seront poursuivies auprès des publics LGBT, des personnes vulnérables et précaires.

Avec le concours de l'Éducation nationale, des actions de prévention devront être renforcées à l'école, combinant à la fois les enjeux de santé sexuelle et reproductive. Les différents modes de prévention devront continuer à être largement promus en fonction des modes de vie et des besoins.

Enfin, le développement d'une large offre de dépistage sera poursuivi :

- promotion des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TroD) dans les structures de premier recours ;
 - montée en puissance du dépistage gratuit et sans ordonnance dans les laboratoires de biologie médicale (VIH, voire élargissement à d'autres IST) ;
 - mise en place d'offres de dépistages dédiées et adaptées aux publics éloignés du système de soins, vulnérables et exposés.
- *Améliorer l'observation des cancers et le recours au dépistage des cancers*

Avec plus de 12 000 décès par an, le cancer est la cause de 27% des décès dans la région et la première cause de décès prématurés en France et dans la région¹. L'objectif est donc de renforcer la promotion des dépistages par une mobilisation massive des différents partenaires et opérateurs concernés.

L'engagement de l'Assurance Maladie dans les envois des invitations et rappels réguliers (Mon espace santé, appels sortants, etc.) devrait permettre de toucher et mobiliser un très large public. Le Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) Sud Paca devra renforcer son rôle en matière de formation, de communication, d'animation et de coordination des acteurs avec une attention particulière dans la mise en place d'actions au contact des plus fragiles ou éloignés du soin (opérations d'« aller-vers »). Les opérations nationales de communication (Mars bleu, Octobre rose, Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus) seront l'occasion de faire la promotion du dépistage dans la région.

De plus, au regard de l'impact important du cancer du poumon (celui qui occasionne le plus de décès chaque année en France et qui est souvent diagnostiqué à un stade tardif : dans la région, près de 15 % des cancers chez l'homme, 7 % chez la femme), des projets pilotes de dépistage par scanner à faible dose chez les personnes fortement exposées au tabac seront encouragés dans le cadre d'une coordination régionale.

Enfin, de manière plus globale, l'observation des cancers dans la région devra être poursuivie, voire renforcée, pour mieux agir de manière ciblée sur les déterminants comportementaux ou environnementaux susceptibles d'être spécifiques à certains territoires.

¹ Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques (santepubliquefrance.fr), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 14 décembre 2022, n°16 - série Covid-19 (santepubliquefrance.fr)

L'observatoire des cancers du rein, de la vessie et des leucémies aiguës chez l'adulte mis en place en 2012 dans les Bouches-du-Rhône (Revela 13) et qui permet de suivre le nombre de ces cancers sera évalué pour décider de son élargissement géographique éventuel.

- *Prévention des violences envers les femmes et les enfants et accès aux soins des victimes de violences*

Pour garantir un accès adapté à des soins à toutes les femmes victimes de toutes formes de violences ainsi qu'aux enfants (qu'ils soient victimes direct ou co-victimes), il s'agira de compléter l'offre et d'organiser une réponse hospitalière graduée autour de dispositifs. L'objectif est d'offrir une réponse spécialisée aux besoins de ces publics qui soit articulée avec la prise en charge de proximité en impliquant les professionnels du premier recours.

Afin de garantir une prise en charge complète, il conviendra également de déployer des dispositifs spécifiques d'accueil et de coordination de lutte contre les violences faites aux femmes, en partenariat avec les institutions compétentes. L'enjeu est d'aider les femmes à décoder le processus d'emprise et les effets du traumatisme sur leur vie quotidienne, comme premier pas vers la reconstruction. L'ARS pourra accompagner les partenaires qui mettent en place des dispositifs de prise en charge des auteurs de violences afin de prévenir les passages à l'acte et les récidives.

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a mis en place un projet innovant de prise en charge pluridisciplinaire des femmes en situation de violence par la création d'une « Maison des Femmes Marseille Provence ». Les femmes sont prises en charge par une équipe hospitalière « hors-les-murs » dans un lieu situé à quelques mètres des urgences gynécologiques et obstétriques d'un hôpital.

- *Poursuivre la promotion de la santé au travail*

Le principe selon lequel le travail est un déterminant de la santé et constitue un environnement susceptible d'avoir des incidences sur celle-ci, amène les acteurs de la prévention à articuler les ressources de la santé au travail avec celles de la santé publique et de la santé environnementale. Les objectifs déclinés dans le Plan Régional de Santé au Travail, engagent à poursuivre les démarches menées en région visant à une meilleure articulation des politiques publiques pour favoriser l'amélioration de la santé des travailleurs et développer des environnements de travail favorables à la santé. Il conviendra ainsi de renforcer les liens entre les services de prévention et de santé au travail et les professionnels de soins.

A ce titre, les acteurs régionaux ont développé au cours des dernières années plusieurs actions thématiques transversales remarquables en région Paca qu'il conviendra de poursuivre, voire renforcer. Il s'agit par exemple du Système d'Information en Santé, Travail et Environnement (SISTE) animé par l'ORS PACA qui vise à favoriser les échanges entre professionnels de soin, médecins conseils de l'Assurance Maladie et médecins du travail afin d'accroître l'efficacité des dispositifs et le rapprochement de la santé publique et santé au travail.

Il s'agit également du dispositif régional de promotion de la santé au travail, un dispositif co-piloté par l'ARS et la DREETS, animé par le CRES Paca. Ce dispositif permet le développement de programmes de prévention à destination des salariés et des entreprises. Ces derniers sont co-construits entre acteurs de la prévention des risques, de la promotion de la santé, de la santé et du soin avec pour objectifs par exemple : prévention des facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires pour les salariés de la restauration, développement d'une action de prévention des symptômes psychiques en lien avec le travail...

Le partage d'outils de pilotage communs telles que les bases de données Oscars et Oscars Travail pour le recensement des actions conduites respectivement en santé publique et en santé travail est également à conforter, de même que le développement de la base de données d'indicateurs de santé SIRSé Paca qui comprend désormais des indicateurs de santé publique, environnementaux et de santé au travail. Les démarches convergentes santé travail/santé publique telles que la prévention de l'exposition au bruit, la prévention des addictions, le risque routier... seront également à poursuivre.

L'approche de la thématique santé par la prévention des risques multifactoriels (pratiques addictives et maladies cardio-vasculaires, expositions aux perturbateurs endocriniens par exemple) doit conforter les acteurs des différentes politiques de santé à coordonner leurs interventions et co-construire des projets de prévention.

5. Agir pour des environnements favorables à la santé dans le contexte du changement climatique

Le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (Giec) et les Nations Unies identifient le bassin méditerranéen comme un lieu très affecté par le changement climatique. La région verra son environnement et ses modes de vie se transformer, ce qui devra conduire tous les acteurs à s'engager collectivement dans l'adaptation des territoires pour réduire les risques sanitaires associés, qu'ils soient directs (impact de la température sur les organismes, catastrophes naturelles, sécheresse) ou indirects (impact sur la biodiversité, réduction de l'activité physique, maladies infectieuses, prolifération du moustique tigre).

80% de la population de la région est exposée à un dépassement en dioxyde d'azote et en particules fines de taille inférieure à 10 μm et la totalité de la population est exposée aux particules fines de tailles inférieures à 2.5 μm .

Source : <https://www.atmosud.org>

La région Paca est très impactée par la pollution atmosphérique. Les pôles urbains denses (Aix-Marseille, Avignon, Toulon, Nice, Cannes), la zone industrialo-portuaire de Fos-Berre et les grands axes routiers restent les zones où la pollution atmosphérique est la plus élevée.

Quant à la qualité de l'air des espaces intérieurs, où l'on passe 80% de son temps, aux transferts depuis l'extérieur s'ajoutent les émissions internes produites par les activités, les matériaux, les objets et parfois le sol dans le cas du radon ainsi que les sources liées à l'état dégradé du logement.

La région Paca concentre près de 135 000 logements privés potentiellement indignes, dont 47 % se situent dans les Bouches-du-Rhône.

Source : ORS Paca (Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône)

Les politiques d'aménagement, qui sont à la main des collectivités, influent sur l'état de santé des individus en impactant l'environnement (urbanisme durable, qualité de l'air, qualité de l'eau, etc.), les paramètres socio-économiques ou encore les modes de vie des citoyens (activité physique, alimentation, etc.).

L'objectif est donc de développer l'expertise des collectivités et de leurs partenaires pour intégrer la santé dans leurs politiques (on parle du concept « la santé dans toutes les politiques ») et notamment au travers des documents relatifs à la planification territoriale (SCOT, PLUi).

En plus de formations destinées à acculturer les collectivités à l'usage d'outils tels que l'outil de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) et aux méthodes intégrant la santé, les collectivités territoriales seront encouragées et accompagnées à la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation selon les pratiques relatives à l'Urbanisme favorable à la santé (UFS). Ces démarches sont destinées à faire émerger des dynamiques et des solutions innovantes, expertisées et transposables, afin d'intégrer ou

renforcer la santé dans les différentes composantes d'un projet ou d'une politique. Elles peuvent faciliter l'émergence de projets ou d'aménagements au regard de bénéfices en santé objectifs, ou encore d'améliorer l'acceptabilité des changements contraignants à opérer par la population. Elles seront tout particulièrement soutenues pour encourager la mise en place de mesures visant à limiter l'exposition des populations aux polluants atmosphériques liés au transport urbain : diminution du trafic et mise en place de zones à faible émission (ZFE) dans les grands centres urbains, promotion des transports en commun et des mobilités actives, intégration de la nature en ville et lutte contre les îlots de chaleur.

Les menaces pesant sur l'approvisionnement et sur la qualité de l'eau potable en cas de sécheresse devront conduire à une plus grande anticipation, en associant la diversité des acteurs concernés. La réalisation et la mise en œuvre de plans de renforcement de la sécurité sanitaire des systèmes de production et de distribution d'eau potable seront encouragées, y compris par le renforcement des interconnexions ou la recherche de ressources de substitution dans les territoires les plus fragiles. Plus globalement, les documents de planification et les projets d'aménagement (schémas, plans de gestion de sécurité sanitaire des eaux, permis de construire) devront davantage intégrer les contraintes liées à la disponibilité de la ressource en eau.

Enfin, le concept « Une seule santé¹ » devra trouver sa place aux échelles locales. Il s'agira d'engager une collaboration entre les professionnels de santé humaine, animale et des écosystèmes en structurant au niveau régional un réseau « une seule santé ». La mission prioritaire de ce réseau sera de renforcer le partage des résultats des surveillances épidémiologiques humaines et animales dans un objectif de prévention des zoonoses. Il s'agira également, dans le cadre d'une approche plus globale intégrant la composante environnementale, de renforcer la surveillance et la gestion des impacts en santé humaine causés par les espèces exotiques envahissantes ou proliférantes (moustiques vecteurs de maladie humaine, ambrosie, chenilles processionnaires).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le 4^{ème} Plan régional santé environnement (PRSE), co-piloté par la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), pour le compte du Secrétariat général pour les affaires régionales (SGAR), la Région Sud et l'Agence régionale de santé (ARS), doit décliner de façon opérationnelle les objectifs stratégiques du PRS relatifs aux actions pour des environnements favorables à la santé dans le contexte du changement climatique.

6. Planifier les réponses aux crises et mieux préparer les acteurs à la gestion de crise

Ces dernières années, la région a été marquée par des crises sanitaires de grande ampleur (épidémies : grippe H1N1 en 2009, pandémie liée au Covid-19 depuis 2020, épidémie de Monkeypox durant l'été 2022) ; elle a également été marquée par des événements climatiques extrêmes (tempête Alex en 2020, épisodes de sécheresse et de canicule), mais aussi par des actes terroristes (attentats de Nice en juillet 2016). Les hôpitaux et les professionnels de proximité doivent également faire face à des actes de malveillance de plus en plus nombreux : violences envers les personnels, dégradations de biens et d'équipements, etc. Dans la région, le nombre de cyberattaques a particulièrement augmenté et certains établissements ont vu leur fonctionnement perturbé pendant plusieurs mois, avec un retentissement réel sur la prise en charge des patients.

¹ Le concept « One Health », c'est penser la santé à l'interface entre celle des animaux, de l'Homme et de leur environnement, à l'échelle locale nationale et mondiale. Cette manière d'aborder la santé dans le contexte mondial actuel de la pandémie liée à la Covid 19, permet de raisonner l'ensemble du système et trouver des solutions qui répondent à la fois à des enjeux de santé et des enjeux environnementaux.

Dans ce contexte, la préparation de l'ensemble des acteurs de santé à la gestion de crise (secteurs hospitalier, médico-social et soins de ville) doit inclure la finalisation de l'ensemble des plans de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

La planification de la réponse sanitaire aux crises s'inscrit dans le dispositif national Orsan (Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle). Il s'agit d'un dispositif intégré de préparation et de réponse opérationnelle qui détermine l'ensemble des mesures organisationnelles permettant au système de santé de monter en puissance face à des événements sanitaires exceptionnels. L'objectif sera de disposer d'une planification régionale Orsan consolidée, testée et régulièrement actualisée au regard de l'évolution des risques qui pèsent sur la région. Une attention particulière sera portée à l'échéance des Jeux Olympiques 2024 : la région devra disposer d'un niveau de planification opérationnelle robuste et tout particulièrement optimisé dans les territoires de Nice et Marseille accueillant des épreuves olympiques.

L'ARS devra également s'assurer de la préparation et de la formation de tous les acteurs de soins et de l'actualisation régulière de leurs plans dits « opérateurs » (« plans blancs » des établissements de santé, « plans bleus » des établissements médico-sociaux, etc.). Le renforcement de la dynamique Orsan passera par la réalisation d'exercices réguliers permettant de tester l'opérationnalité à la fois des plans régionaux et des plans « opérateurs ». Ces retours d'expérience permettront d'ajuster en permanence le dispositif au plus près des enjeux opérationnels et territoriaux, avec toujours une attention particulière au renforcement de la coordination des opérateurs de soins entre eux, ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs de la gestion de crise (collectivités territoriales, sécurité civile, préfecture, autres services de l'état...). Dans ce cadre l'expertise complémentaire du service de santé des armées (hôpitaux des armées et centre d'épidémiologie et de santé publique des armées) sera mobilisée en matière de gestion des événements Nucléaires, Radiologiques, Biologiques ou Chimiques (NRBC).

Enfin, le dispositif Orsan mettra l'accent sur la communication avec la population, les professionnels de santé et les autorités afin de s'assurer de la capacité à diffuser des informations fiables et actualisées sur la crise, sur les mesures de prévention à adopter, les consignes à suivre, etc.

L'épidémie de Covid-19 a montré que les moyens humains étaient l'un des facteurs limitants dans la montée en charge du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle. L'objectif est donc de constituer un vivier de soignants mobilisables sur la gestion de crise : professionnels de santé libéraux, en exercice, en formation, voire à la retraite. Ce vivier fera idéalement l'objet d'un plan de formation régional dispensé principalement par les centres d'enseignements en soins d'urgence de chaque département, ainsi que par les centres nationaux experts en formation NRBC : le centre national civilo-militaire pour la formation NRBC ainsi que l'école nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers tous deux situés à Aix-en-Provence.

La sensibilisation à la gestion de crise dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé en partenariat avec les universités et les instituts de formation ou dans le cadre du dispositif de développement professionnel continu sera nécessaire pour garantir l'opérationnalité de l'ensemble des acteurs de soins. Enfin, l'épidémie de Covid-19 a également montré l'importance de la mobilisation des professionnels de santé libéraux pendant la crise qu'il conviendra d'organiser dans le cadre de travaux de planification et de formation spécifiques à la gestion de crises des soins de proximité.

Le déploiement d'outils numériques de partage de données devra faciliter les échanges en temps réel, notamment les données des lits disponibles dans les hôpitaux, nécessaires pour la gestion des tensions

hospitalières et la répartition des victimes par le SAMU en cas de crise. La mise en place d'un observatoire régional des soins d'urgence permettant de garantir une vision en temps réel des capacités de prise en charge disponibles paraît également nécessaire.

Dans le cadre du renforcement de la résilience des établissements sanitaires et médico-sociaux, une attention particulière devra être portée à leur sécurisation physique et numérique. Le plan régional de renforcement de la cybersécurité mis en place il y a quelques années sera poursuivi, voire renforcé. Ce plan définit :

- les actions concrètes de prévention de la survenue de cyberattaque ;
- la mise en place d'une équipe régionale pouvant intervenir en appui des équipes informatiques de l'établissement touché ;
- la mise en place d'exercices permettant de tester les plans de sécurisation des systèmes d'information.

L'objectif sera également de renforcer la sécurisation des établissements de santé et des soignants eux-mêmes, avec une attention particulière sur la formation des professionnels et la promotion du signalement, la mise à jour des plans de sécurisation des établissements, et enfin le renforcement des liens avec les services de police ou de gendarmerie et de la justice pour intervenir rapidement en cas d'événement ou en appui pour réaliser des audits de sécurité des établissements de santé. Des formations et dispositifs de sécurisation seront également développés spécifiquement pour les professionnels libéraux.

Enfin, il conviendra de développer des coopérations transfrontalières pour la gestion de crise et de renforcer l'interface terre-mer en lien avec la préfecture maritime et les acteurs du secours en mer, notamment dans le cas d'accueil de migrants par voie maritime.

En outre, l'ARS Paca a la particularité d'être l'ARS de référence sur la zone de défense Sud, cette zone inclut les régions Occitanie et Corse en plus de la région Paca. A ce titre, des missions zonales en matière de préparation aux crises, seront poursuivies, et notamment de coordination, en lien avec la préfecture zonale, des renforts sanitaires à mobiliser en cas de dépassement des capacités régionales de réponse aux crises.

7. Prévenir les infections associées aux soins, l'antibiorésistance et l'émergence et la diffusion des épidémies

Les infections associées aux soins impliquent de plus en plus souvent des bactéries devenues résistantes aux antibiotiques : en France, 5 500 décès sont attribués chaque année aux infections à bactéries multi-résistantes.

L'objectif est de renforcer au niveau régional les actions portées par le centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et le centre régional en antibiothérapie (CrATB), avec une déclinaison territoriale opérationnelle portée par des équipes mobiles d'hygiène et des équipes multidisciplinaires d'antibiothérapie en appui des établissements de santé et médicosociaux.

En ville comme à l'hôpital, le conseil en antibiothérapie sera développé pour accompagner les professionnels au bon usage des antibiotiques, ainsi que le recours facilité à la réalisation d'antibiogrammes ciblés par les laboratoires de biologie médicale. En

En France, environ 10 à 15 % des décès hospitaliers sont liés à une infection associée aux soins, soit la 4^e cause la plus fréquente de décès à l'hôpital. De plus, ces infections s'accompagnent de surcoûts induits par des prolongations des séjours hospitaliers et un plus fort recours à des examens complémentaires et des traitements.

complément, l'utilisation en établissements de santé des nouveaux moyens diagnostiques microbiologiques rapides dits 'point-of-care' (PCR multiplex, systèmes de détection rapide des résistances...) contribuera à renforcer la stratégie de lutte contre l'antibiorésistance.

Le projet régional de santé devra renforcer le rôle de vigie de l'ARS en matière de sécurité sanitaire et de prévention des épidémies. Au-delà du renforcement de la plateforme de veille sanitaire de l'ARS, il s'agira d'inciter les professionnels de santé à la déclaration systématique et réactive de l'ensemble des événements sanitaires susceptibles de représenter une menace et de faciliter le signalement par la mise en place de plateformes dématérialisées accessibles et conviviales.

Des réunions régionales de sécurité sanitaire seront instaurées pour renforcer l'animation des réseaux de professionnels partenaires. Ces temps d'échange seront l'occasion de sensibiliser les professionnels sur les alertes sanitaires identifiées par l'ARS sur la région ou à l'international, de procéder à des retours d'expérience, mais aussi, en retour, d'identifier les signaux faibles émanant du terrain et permettant d'anticiper des événements sanitaires à venir.

En complément, la mise en place d'un système informatisé de surveillance des maladies infectieuses basé sur les résultats des laboratoires d'analyses permettra de renforcer la capacité à identifier objectivement une épidémie émergente. Un dispositif de ce type est déjà en place en Paca pour la surveillance de la dengue, et un projet plus large est en cours de développement à l'AP-HM. A moyen terme, le recours à l'intelligence artificielle pour l'analyse de données en masse pourrait constituer un tournant majeur qu'il conviendra d'intégrer pour renforcer son système de surveillance. La recherche d'agents pathogènes dans les eaux usées pourra être un outil supplémentaire de surveillance. Le renforcement des liens avec les acteurs universitaires spécialisés dans ce domaine, comme l'institut de pharmacologie moléculaire et cellulaire de Nice, est là encore essentiel. Au regard de la survenue d'épisodes de circulation de maladies vectorielles (dengue notamment) de plus en plus fréquente dans la région, il conviendra, en lien avec les opérateurs de démoustication, de poursuivre la surveillance des vecteurs et de renforcer la préparation à la gestion d'épidémies de plus grande ampleur : réalisation de plans d'intervention départementaux (planification ORSEC), identification d'équipements de traitements et formation régulière de renforts mobilisables.

8. Accompagner la décarbonation du système de santé

L'impact du secteur de la santé sur le changement climatique est considéré comme significatif puisque ses émissions de gaz à effet de serre (GES) représentent plus de 8% du total national. Il est donc inévitable que ce secteur, à l'image de tous les autres, prenne sa part dans la baisse nécessaire des émissions de 5 % par an ¹.

De très nombreuses structures ne disposent pas de bilan des émissions de GES, et la majorité des professionnels du secteur ne sont pas formés aux enjeux climatiques et énergétiques. Une part significative des bilans carbone réalisés sont incomplets et n'évaluent pas certaines émissions pourtant importantes, comme celles liées aux achats, aux déplacements domicile-travail des professionnels de santé ou aux visites des proches de malades dans des établissements de santé.

En Paca, le Conseil régional, la Fédération hospitalière de France (FHF), l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), l'Agence de la transition écologique (Ademe)

¹ The Shift Project (2021), Décarboner la santé pour soigner durablement [dans le cadre du plan de transformation de l'économie française]

et l'ARS investissent le virage de la transition écologique auprès des établissements de santé et médico-sociaux publics et associatifs. Le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)¹ est depuis 2022 constitué d'un coordinateur et de douze conseillers au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Afin de renforcer cette dynamique, il conviendra de mieux évaluer les flux physiques sur lesquels repose le secteur en encourageant les démarches de bilan carbone, et en intégrant à toutes les formations initiales et continues, un module présentant les émissions carbonées du secteur de la santé et les bonnes pratiques pour les réduire.

Les différents établissements et professionnels devront engager une démarche de décarbonation dans différents domaines : la rénovation et la transformation énergétique des bâtiments, le développement de la part des achats durables, notamment concernant les médicaments, les dispositifs médicaux et l'alimentation, l'amélioration de l'utilisation des déchets d'activité de Soins et la réduction des déchets, la promotion de schémas de mobilités à faible et très faible émissions et enfin la prise en compte des émissions dues à l'utilisation du numérique.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus	55 %	65 %	85 %
Taux de participation au dépistage du cancer colorectal	30 %	40 %	55 %
Taux de participation au dépistage du cancer du sein	62 %	65 %	70 %
Taux de couverture vaccinale HPV 1 dose chez les filles à l'âge de 15 ans	40 %	55 %	60 %
Taux de couverture vaccinale HPV 1 dose chez les garçons à l'âge de 15 ans	9 %	37 %	45 %
Taux de couverture vaccinale de la grippe chez les 65 ans et plus	52 %	75 %	75 %
Taux de recours au ROR* 2 doses à 33 mois	82,8 %	95 %	95 %
Taux de femmes concernées ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce	63 %	78 %	80 %
Part des enfants qui annuellement en Paca ont eu un bilan Evalmater	Disponible à partir de l'année 2025	En augmentation	
Taux d'évolution de l'enveloppe FIR et CPAM sur la prévention	En cours	En augmentation	
Taux de plans blancs actualisés dans l'année précédente	63 %	75 %	85 %
Nombre d'enfants de 3 à 12 ans ayant bénéficié d'un programme de développement des compétences psycho-sociales (CPS)	Disponible en fin d'année 2023	Augmentation souhaitée de 20 %	Augmentation souhaitée de 50 %

* Rougeole, oreillons, rubéole

¹ Le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) (lefilin.org)

CHAPITRE 2

Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions qui possède les densités médicales et paramédicales les plus élevées. Néanmoins, ce constat général masque de fortes disparités entre les territoires. Dans les zones où la densité médicale est plus faible, le défaut d'accès à une offre de santé et le renoncement aux soins présentent alors un risque encore plus important pour les personnes les plus défavorisées.

Elle est également la 3^{ème} région la plus pauvre de France : le taux de pauvreté s'élève à 17,3 %¹ et 10 % de la population vit dans un quartier prioritaire². C'est aussi la 2^{ème} région au rang des inégalités sociales : les 10 % des ménages les plus aisés ont un revenu 7 fois plus élevé que les 10 % des ménages les plus pauvres³. Ces inégalités sociales sont particulièrement marquées dans les métropoles de Marseille, Avignon, Toulon et Nice.

L'impact de ces inégalités sociales et territoriales sur l'état de santé de la population est à présent parfaitement connu, à la fois en termes d'espérance de vie (l'écart d'espérance de vie entre les plus aisés et les plus pauvres est de 13 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes), de prévalence des maladies chroniques, mais aussi de vulnérabilité aux risques sanitaires et aux crises. De plus, la crise Covid, notamment durant le confinement, a accentué ces inégalités de santé.

Enfin, notre région se retrouve face au défi de la démographie médicale : jusqu'à présent relativement épargnée, elle sera bientôt massivement confrontée aux départs à la retraite des professionnels de santé, puisqu'elle est la 3^{ème} région de France avec le plus de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans.

Ces différents constats placent la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur de nos politiques de santé publique et d'accès aux soins.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Garantir une accessibilité géographique, sociale, culturelle, financière et numérique au système de santé.
- Améliorer l'accès aux droits, aux soins et diminuer le renoncement aux soins dans les territoires fragiles.
- Utiliser le prisme de déterminants de santé dans les politiques publiques afin de construire des actions de lutte contre les inégalités.
- Développer, dès le plus jeune âge, les compétences psycho-sociales, le pouvoir d'agir (*empowerment*), et les capacités à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre les bonnes décisions pour sa santé.
- Rendre les territoires attractifs afin de renforcer la présence médicale et soignante.
- Garantir une offre de santé pour tous en tout point de la région, en priorité dans les territoires et auprès des personnes qui en ont le plus besoin.

¹ DREETS (2022), Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

² DREETS (2021), Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

³ Observatoire des inégalités (2019), Rapport sur les inégalités en France

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- L'accessibilité aux droits et à la santé s'améliore par le développement d'actions d'« aller-vers », de ramener-vers et par le développement de la médiation en santé.
- L'accès à l'information est facilité et l'offre de santé est plus lisible pour tous, les usagers patients, famille, aidants.
- L'offre de santé est mieux structurée dans les territoires les plus fragiles, notamment grâce au renforcement des structures d'exercice coordonné.
- Les dispositifs de coordination sont renforcés dans le cadre d'une meilleure articulation entre les contrats locaux de santé, les ateliers santé-ville, les communautés professionnelles territoriales de santé, les dispositifs d'appui à la coordination et l'ensemble des dispositifs de prévention et de soins développés spécifiquement dans ces territoires.
- L'accès à une offre de santé est assuré en tout point du territoire (prévention, 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} recours, soins non programmés, accès aux urgences, offre paramédicale) et les liens avec les dispositifs du champ social devront être systématisés et renforcés.
- Des solutions numériques en santé sont mises à disposition des professionnels et des patients qui sont accompagnés dans l'usage de ces outils par des actions de médiation numérique (lutte contre la fracture numérique).

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Renforcer l'attractivité des territoires en offrant aux professionnels de santé un environnement géographique, social et culturel propice à leur installation et leur maintien

- *Elaborer des réponses interinstitutionnelles pour offrir des conditions optimales d'accueil des professionnels de santé*

Pour remédier aux problèmes complexes de disparités d'accessibilité à l'offre de santé, la solution ne peut venir d'une mesure unique, mais d'un ensemble d'outils innovants, souples et adaptables au niveau local.

L'objectif est d'inciter les acteurs locaux à développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires et d'encourager une politique globale d'aménagement des territoires permettant :

- le développement de systèmes de transports efficaces desservant les services de santé (via par exemple un Contrat Local de Santé ou une dynamique portée directement par une collectivité) et la promotion des services de santé itinérants notamment en milieu rural ;
- la venue des étudiants de santé et des internes dans les territoires fragiles, afin de leur faire connaître ces zones et les modalités d'exercice possibles ;
- la co-construction de projets d'animation et d'aménagement des territoires grâce à la responsabilité territoriale et populationnelle en réunissant les acteurs au niveau régional et territorial (professionnels de santé, usagers, institutions, services de l'Etat et élus).

La mobilisation des partenaires, tant au niveau départemental que régional, contribue utilement à créer une dynamique partagée impliquant l'ARS, l'Assurance Maladie, le Conseil régional, les collectivités locales, les préfetures, les unions régionales des professionnels de santé et les ordres, les professionnels de santé et les responsables d'exercice coordonné.

- *Déployer les guichets uniques départementaux*

Introduits par le Pacte territorial d'accès aux soins en 2017 et consolidé par « Ma Santé 2022 », les « guichets uniques des professionnels de santé » sont renforcés par les dernières dispositions législatives¹ et vont désormais se décliner à l'échelle départementale. Dans notre région, 6 nouveaux guichets uniques seront ainsi créés.

Ces guichets permettent d'apporter une réponse interinstitutionnelle aux questionnements des professionnels de santé (information, orientation, accompagnement à l'installation), à chaque moment clé de leur carrière, depuis leurs études jusqu'à leur retraite. Cette réponse permet de valoriser l'exercice sur les territoires en concourant à les rendre plus attractifs et ainsi lever les freins potentiels à l'installation. Les guichets uniques permettent également de simplifier les démarches administratives, libérer du temps médical et ainsi recentrer le professionnel de santé sur les soins.

L'objectif est de s'appuyer sur la dynamique initiale lancée via le comité des partenaires du guichet unique et sur les ambitions et/ou initiatives portées dans les territoires par les opérateurs de l'offre de soins, les universités ou encore les démarches issues des territoires dans le cadre du Conseil national de la refondation.

Poursuivre la dynamique des projets CNR Santé de Vaucluse ou celle portée par la commission attractivité du Conseil territorial de santé des Hautes-Alpes.

Conscients des enjeux liés à l'attractivité des métiers de la santé et du défi à relever pour garantir une offre de soin en tout point de la région, les partenaires locaux (mairies, collectivités, acteurs de la santé) ont en effet pu faire converger leurs ambitions dans un plan d'action commun. Cette dynamique sera complétée par une cartographie recensant les opportunités d'installation et les lieux de stages.

- *Accompagner les étudiants en formation à la construction de leur projet professionnel*

Les forums à l'installation déployés par les départements de médecine générale des deux universités de médecine de la région, Nice Côte d'Azur et Aix Marseille Méditerranée, sont devenus des rendez-vous désormais inscrits dans le temps de formation obligatoire pour les internes en médecine générale. Chacun d'entre eux est construit au plus près des besoins des étudiants et en étroite articulation avec l'ensemble des partenaires porteurs de la démarche. Ces forums sont un temps fort dans la construction du projet professionnel, la découverte des modalités d'exercice mais également l'occasion de rencontres permettant d'appréhender l'environnement dans lequel le futur médecin évoluera.

Certaines actions pourront également être déployées pour valoriser tous les territoires de notre région, comme c'est le cas par exemple avec la mise en place de sessions de découvertes ciblées de certains quartiers pour déconstruire leur représentation négative.

Dans le cadre du plan « Marseille en Grand », une rencontre avec les opérateurs sociaux et sanitaires est organisée avec des futurs médecins en pleine construction de leur projet professionnel. Dans d'autres territoires, ce sont des CPTS qui peuvent porter cette dynamique : par exemple, elles peuvent offrir leur soutien aux professionnels dans les démarches administratives.

¹ Article 38 de la Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023

- *Promouvoir et soutenir l'exercice coordonné*

L'exercice coordonné est pour les professionnels de santé un soutien important dans leur pratique et pour l'attractivité de leur métier. Il répond aux aspirations des générations à venir (cadre de travail moderne et innovant) et permet une valorisation de l'intervention de chacun dans le parcours de santé : de la prévention à la prise en charge en incluant le suivi.

Il faudra encourager le développement des modalités d'exercices coordonnés grâce aux maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP), aux centres de santé polyvalents, ou encore aux équipes de soins. Et ce en particulier dans les territoires isolés où la démographie médicale engendre une carence dans l'offre.

En 2022, l'ARS Paca a travaillé aux côtés de l'Assurance Maladie au déploiement de la « Mission Retrouve ton Cap », pour impliquer les structures d'exercice coordonné concernées dans la prise en charge spécifique autour du parcours obésité pour les enfants¹. Il s'agira de poursuivre cette dynamique, de l'étendre et de l'accélérer pour en faire un levier d'attractivité en soutenant d'autres initiatives (soins de support en cancérologie, innovation dans la prise en charge partagée, prise en charge de consultations de psychologues...).

- *Soutenir et accompagner l'évolution des pratiques et nouveaux métiers*

Le développement de certains métiers permettra de proposer une réponse complémentaire à l'offre existante et de consolider la prise en charge globale des personnes atteintes de pathologies chroniques. Le développement de la pratique avancée au sein des équipes de soins est un levier pour libérer du temps médical et permettre aux patients un meilleur accès aux soins.

Par ailleurs, valoriser et accompagner la montée en compétences des professionnels de santé à travers le déploiement des coopérations permettra de pallier en partie le nombre insuffisant de personnels de santé disponibles sur certains territoires. Les soignants pourront s'appuyer sur les assistants médicaux dans leur pratique pour libérer du temps médical et se recentrer sur les soins.

2. **Garantir un accès aux soins et une prise en charge en tout point de la région**

- *Structurer une offre de santé adaptée aux besoins des territoires*

Le départ massif à la retraite de professionnels de santé médicaux et paramédicaux nécessite de poursuivre nos efforts pour renforcer l'offre de soins de proximité et soutenir l'exercice coordonné. Il est également nécessaire de veiller plus largement à la bonne articulation de cette offre en soins primaires avec les spécialistes de recours, que ceux-ci exercent en ville ou en établissement de santé.

En lien avec l'organisation des implantations sanitaires, les 2^{ème} et 3^{ème} recours (qui se différencient entre eux par des degrés croissants d'expertise et de technologies utilisées) devront être mieux structurés dans la région.

L'organisation du système de santé repose sur la distinction entre les soins de premier, de deuxième et de troisième recours. La notion de premier recours se superpose avec celle de soins primaires, initialement développée par l'OMS à destination des pays en voie de développement. Les soins de deuxième recours sont assurés par des médecins spécialistes, hors médecine générale, qui peuvent exercer en ambulatoire ou en établissement de santé. Les soins de troisième recours sont l'apanage des établissements de santé publics ou privés qui disposent de plateaux techniques les plus lourds (source : HCSP).

¹ Cf. CHAPITRE 1

L'objectif est de proposer à la population, dans son intégralité et dans sa diversité, un accès à une offre de soins et de prise en charge, ainsi qu'à une offre de prévention et promotion de la santé adaptée à la demande. Cette offre de santé doit être compréhensible et lisible. Un défaut d'offre ou un manque de lisibilité de celle-ci ne doit en aucun cas être un motif de renoncement aux soins.

Les implantations sanitaires devront s'appuyer sur une offre de soins de premier recours consolidée par d'autres professionnels via les structures coordonnées implantées sur l'ensemble du territoire régional. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) offrent une couverture territoriale qui permet de favoriser une dynamique au plus près des besoins des habitants, notamment grâce à leur mission première consacrée à l'accès aux soins de la population (via le médecin traitant et la réponse aux soins non programmés¹).

95 % de la population de la région est couverte, tout niveau de maturité confondu hors initiative, par un projet de CPTS.

ARS PACA – Direction des politiques régionales de santé
– Service Etudes Enquêtes Evaluations

Il faudra en outre soutenir les coopérations et l'établissement de conventions entre structures médico-sociales, services hospitaliers, acteurs de ville, partenaires institutionnels, pour consolider le parcours de soin et l'accompagnement de tous. L'objectif est de décloisonner les activités sanitaires, médico-sociales et sociales pour répondre aux différents parcours de prise en charge (personne âgée, personne en situation de handicap, femme enceinte et petite enfance, etc.)².

- *Poursuivre la dynamique d'équipe de soins*

La dynamique « d'équipe de soins » est une initiative que l'ARS Paca souhaite poursuivre malgré l'absence de cadre réglementaire précis et de modalités de fonctionnement définies par les partenaires conventionnels. Ces équipes ont en effet permis d'instaurer de véritables dynamiques locales dans les territoires particulièrement fragilisés par une difficulté d'accès aux soins.

Deux équipes de soins spécialisées en neurologie dans le Var et en rhumatologie dans les Bouches-du-Rhône sont reconnues. Dans l'attente de l'aboutissement des négociations conventionnelles, un travail de préfiguration de la structuration d'une équipe de soins est en train d'être mené. Il servira à construire une stratégie régionale qui pourrait ensuite être déployée en tout point de la région sur d'autres spécialités.

L'ARS souhaite aller plus loin dans l'innovation organisationnelle pour proposer une offre de proximité orientée vers des publics spécifiques, en soutenant par exemple la création de structures d'exercice coordonné spécialisées en pédiatrie.

Une déclinaison similaire peut également être pensée pour la prise en charge en proximité de la santé de la femme sur l'ensemble de son parcours.

- *S'appuyer sur les hôpitaux de proximité*

La labellisation des hôpitaux de proximité pose comme priorité la mise en place d'une offre de soins au plus près des territoires. Le projet porté par l'hôpital de proximité doit être une déclinaison concrète de missions spécifiques, dont les activités et le fonctionnement sont dépendants des territoires.

¹ On entend par soins non programmés une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences mais qui nécessitent d'apporter une réponse dans les 24-48h – « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires / Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente – remis à la Ministre de la santé et des solidarités en mai 2018.

² La notion de coopération entre les acteurs est développée dans le chapitre 6 de ce nouveau SRS.

Il s'agit pour l'hôpital de proximité, à l'échelle de son territoire, et avec les autres professionnels de santé, de s'organiser pour :

- garantir l'accès à un médecin traitant ;
- aménager une réponse aux demandes de soins non programmés ;
- proposer davantage d'actions de prévention ;
- favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et/ou vulnérables ;
- mieux coopérer entre les médecins de toutes les spécialités, notamment autour des pathologies chroniques.

L'objectif est de conforter l'hôpital de proximité à la fois dans son rôle de co-responsable de l'offre de soins avec la ville et dans celui de porte d'entrée dans le parcours hospitalier.

- *Améliorer l'accès à la santé grâce à une permanence et une continuité des soins*

Ce sont également les modalités d'accès aux soins qui doivent être améliorées et confortées, notamment grâce au déploiement des soins non programmés, de la permanence des soins et de la télémédecine.

Dans un contexte de démographie médicale en tension, il apparaît comme nécessaire de consolider et de structurer une réponse large aux besoins de soins non programmés en médecine de ville afin d'éviter des orientations non justifiées vers les services d'urgence¹.

Plus précisément, il s'agira :

- de conforter le rôle du médecin traitant ;
- d'améliorer la lisibilité des organisations territoriales, en accompagnant les CPTS dans leur mission première d'accès aux soins ;
- de soutenir l'exercice coordonné pour consolider des modalités de travail favorisant la réponse aux soins non programmés ;
- de développer des protocoles de coopération pour élargir le vivier de professionnels de santé de proximité et de s'appuyer sur les dispositifs de téléconsultations notamment via les officines;
- de s'appuyer sur la régulation des services d'accès aux soins pour les patients n'ayant pas trouvé de solution

Pour améliorer la coopération entre professionnels, le Ministère de la santé et de la prévention publie des protocoles de coopération pour encourager des équipes de professionnels de santé à s'en emparer et à les mettre en œuvre sur le terrain. Ces protocoles sont ouverts aux équipes soignantes volontaires dont les lieux d'exercice sont définis dans le protocole autorisé par arrêté ministériel. Il existe 6 protocoles spécifiques à la prise en charge des soins non programmés à la disposition des MSP, des centres de Santé et, pour certains, des CPTS.

En période de permanence des soins ambulatoires (PDSA) il conviendra de/d' :

- renforcer les organisations territoriales permettant de rendre possible la réponse aux besoins de soins non programmés en PDSA ;
- proposer une réponse avec des lieux fixes (maisons médicales de garde) et maintenir les déplacements au domicile auprès des personnes qui ne peuvent pas se déplacer ;
- mobiliser les outils de la télémédecine, en soutien de binômes infirmiers au domicile/ médecins en téléconsultations, dans les territoires qui le souhaitent ;
- anticiper collectivement les adaptations de cette offre pour faire face aux périodes de tension de l'offre de soins.

¹ Cf. CHAPITRE « Médecine d'urgence »

La permanence des soins ambulatoires est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

La télé-médecine constitue une réponse à l'éloignement géographique aux soins dans les territoires reculés ou sous-dotés en ressources médicales.

Son développement permettra de répondre à trois problématiques majeures :

- l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire ;
- la sous-représentation, voire l'absence de certaines spécialités médicales ;
- l'inégal accès à un service d'urgence.

- o *Poursuivre le déploiement du service d'accès aux soins dans notre région*

Il faudra également s'appuyer sur le fonctionnement des 6 services d'accès aux soins (SAS) départementaux pour apporter une réponse aux besoins de soins non programmés de la population.

Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le SAS doit permettre à l'utilisateur nécessitant des soins non programmés d'accéder au professionnel de santé dont il a besoin, selon le degré d'urgence, 24h/24, 7j/7. Le SAS favorisera le soin non programmé par les médecins libéraux et contribuera à désengorger les urgences hospitalières. Il poursuit l'objectif de simplification de l'organisation territoriale de l'offre de soins par la mise en place d'organisations ville-hôpital répondant aux besoins de soins urgents ou non programmés. L'ARS Paca a pour objectif de généraliser ces SAS départementaux d'ici la fin de l'année 2023.

Dans le Var, le SAS est déployé depuis le 1^{er} février 2023. Ce service propose, après régulation médicale intégrée au centre 15, un RDV sous 48h avec un médecin généraliste, évitant ainsi des orientations inutiles aux urgences. Après 4 mois d'ouverture, 1 628 décisions ont été prises et 1 388 orientations ont été réalisées vers des médecins généralistes hors structures (33%) ; SOS médecins (46%) et vers des centres de soins non programmés (16%).

ARS PACA (2023) - Délégation départementale 83 - Département animation des politiques territoriales

- o *Accompagner le déploiement des structures de soins non programmés*

Il conviendra aussi de proposer un cadre régional permettant d'accompagner le déploiement des structures de soins spécialisées en soins non programmés et de les articuler avec l'offre de santé déjà existante. Le volet « urgences » du Chapitre 7 préconise d'organiser la complémentarité entre l'offre de soins non programmés de ville et les professionnels de la médecine d'urgence pour permettre des orientations adaptées des patients. Il affirme également une volonté forte de rendre cette offre lisible et de déployer une communication efficace sur le bon usage du système de santé.

En synthèse, ce maillage doit passer par une gradation des soins (« le bon soin au bon moment et au bon endroit ») qui doit se poursuivre, en s'appuyant sur les différents dispositifs. Il faudra utiliser de manière efficiente les ressources disponibles, structurer l'articulation entre les différentes prises en charge : c'est la clé de l'amélioration des parcours de santé.

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, 30 % de la population vit à plus d'une heure d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dans des secteurs ruraux ou de montagne où la PDSA n'est de surcroît pas toujours assurée.¹ Pour répondre à cette inégalité territoriale, un dispositif innovant a été mis en place entre le SAMU 04 et les infirmiers libéraux des secteurs d'Annot-Entrevaux-Puget Thenier et de Riez au travers des CPTS. En cas d'absence d'un médecin de garde, ce sont les infirmiers libéraux qui complètent le planning d'astreinte et interviennent à la demande du SAMU. Équipé d'une mallette de télé-médecine et de biologie embarquée, ils peuvent ainsi aider le régulateur à préciser son diagnostic, lever un doute, administrer les premiers secours ou premiers soins, si besoin en l'attente du SMUR.

¹ ARS PACA (2023) – Délégation départementale 04 – Direction

- *S'appuyer sur une information adaptée, accessible et sécurisée*

Il est nécessaire d'offrir une information claire sur le parcours de soins coordonné et de permettre aux citoyens de s'approprier les conseils en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Dans le cadre d'une démarche institutionnelle, cela passera par :

- une sensibilisation des publics sur différents thèmes : la santé, la prévention, les droits ;
- un accompagnement des bénéficiaires dans la durée, dont les modalités seront à travailler avec les partenaires en favorisant une approche pluridisciplinaire et une pédagogie adaptée au public.

L'objectif sera également de renforcer et de s'appuyer sur la place du citoyen-usager dans le système de santé en :

- rendant plus lisibles et utilisables les informations et données en santé pour permettre une meilleure utilisation du système de santé ;
- développant la démarche participative pour valoriser les initiatives probantes ;
- impliquer les usagers, écouter et soutenir les aidants ;
- reconnaître, valoriser, et utiliser le savoir-expérientiel, complémentaire au savoir médical ;
- mettre à disposition dans Mon Espace Santé le carnet de vaccination et les bilans de santé ;
- permettre la délégation d'accès à Mon Espace Santé à un aidant ou un proche.
- améliorer l'accessibilité de Mon Espace santé pour les personnes en situation de handicap.

« Mon espace santé » est un service numérique individuel et personnalisable, pour tout usager du système de santé. Il permet à chacun de stocker et partager ses documents et ses données de santé en toute sécurité. Les données sont hébergées en France, sous la protection de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

L'enjeu est de rendre visible, intelligible et compréhensible l'information à destination de la population et de s'assurer qu'elle soit fiable avec des mises à jour régulières, d'augmenter le niveau de littératie des usagers et sensibiliser les professionnels de santé et les institutions à cette question. L'appui du numérique dans ce cadre sera recherché.

La littératie en santé représente la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie.

3. Renforcer l'offre de santé pour les populations et territoires fragiles

Si les enjeux de structuration de l'offre de santé concernent *a priori* l'ensemble du territoire régional, ils doivent être encore plus affirmés dans les territoires les plus défavorisés socialement ou marqués par une offre soignante insuffisante. A cet effet, des zonages permettent de repérer les territoires concernés et de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble de la région pour lutter contre les disparités géographiques en maintenant ou favorisant l'installation de professionnels de santé au bon endroit.¹ L'offre de soins relative aux activités dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques notamment exercées au sein des centres de santé, doit être renforcée dans les territoires fragiles ou sous-dotés afin de favoriser l'accessibilité géographique et financière de la population aux soins dentaires, ophtalmologiques, orthoptiques. L'agrément désormais nécessaire pour exercer ces trois activités, en application de la Loi n°2023-378 du 19 mai 2023, ne pourra être accordé par l'ARS que si le projet de santé présenté est compatible avec les objectifs et les besoins définis par le PRS tels que présentés dans [l'annexe 1](#) ou remplit les objectifs de conformité (Cf. Article L 6323-1-11 du code de la santé publique).

Pour ce faire, l'utilisation de « l'indice de défavorisation sociale (FDEP) » déjà en place depuis plusieurs années par l'ARS Paca sera poursuivie. Cet indicateur reprend différents critères sociaux (niveau de revenu médian, part des chômeurs et part des ouvriers dans la population active de chômage, part des diplômés de niveau baccalauréat) et classe les territoires en 5 niveaux, du plus favorisé (Q1) au plus défavorisé (Q5).

- Renforcer et mettre en lien les dispositifs de coordination

Il s'agira de mettre en lien les dispositifs de coordination : CLS, ASV, CPTS, DAC.

Renfort de la CPTS par des médiateurs en santé implanté dans des Maisons France Services des Hautes-Alpes.
 Dans le cadre du CNR-Santé des accompagnateurs santé viendront favoriser l'accès à la santé des publics les plus fragiles

- Développer et évaluer les dispositifs d'« aller-vers » et de « ramener-vers ».

Depuis octobre 2022, le Gynécobus dispense des soins gynécologiques pour toutes dans 43 communes du Var où l'offre médicale est très faible. Ce dispositif innovant, soutenu par l'ARS Paca et d'autres partenaires et porté par le centre hospitalier Jean-Marcel de Brignoles, accompagne les femmes dans une démarche d'« aller-vers » en proposant des consultations au plus près des lieux de vies des patientes sur les territoires de la Provence Verte et du Verdon.

La crise Covid a montré la pertinence et l'efficacité des dispositifs d'« aller-vers »/« ramener-vers »² qu'il conviendra dorénavant de structurer et déployer plus largement. Il s'agira notamment de développer une offre plus importante et mieux structurée de médiation en santé conforme aux recommandation de la HAS³, ayant pour objectif de faciliter les conditions d'accès de l'offre de santé aux publics fragiles, d'accompagner les parcours de prise en charge et d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé.

Ces dispositifs de médiation pourront être déployés ou renforcés :

- dans les structures de prise en charge des publics spécifiques (Pass, structures et équipes mobiles santé-précarité) et dans certaines structures d'exercice coordonné implantées en territoire fragile ;

¹ Zonages et aides à l'installation | Agence régionale de santé Paca (sante.fr)
² Cf. CHAPITRE 1.

- auprès de la population générale dans le cadre d'une démarche de médiation communautaire, à l'instar du dispositif expérimental mené actuellement à Marseille (projet Sept/Corehsan) ;
- auprès de la médecine scolaire et/ou de la PMI, afin d'assurer en cas de besoin un accompagnement des familles à l'issue des bilans de santé des jeunes enfants dans l'orientation des prises en charge (projet de médiation en santé scolaire dans le cadre de « Marseille en grand »).

Ces dispositifs devront s'assurer d'une bonne coordination avec l'ensemble des structures d'accompagnement et de prise en charge dans les territoires. Il sera nécessaire de les évaluer pour juger de leur pertinence et, s'il y a lieu, des perspectives de démultiplication dans d'autres territoires ayant des besoins similaires. Ces évaluations, si elles s'avèrent positives, pourront alors utilement être valorisées dans le cadre de plaidoyers à construire pour embarquer les collectivités locales et autres partenaires, y compris en cofinancement d'actions. Dans ce cadre, il conviendra de s'assurer du déploiement des programmes de prévention-promotion de la santé en priorité dans les territoires défavorisés.

- o *Renforcer l'offre de prévention dans les territoires fragiles*

Il conviendra de s'assurer de la poursuite du développement d'une offre de prévention et promotion de la santé telle que décrite dans le chapitre 1, certes sur l'ensemble du territoire, mais en priorité auprès des territoires et publics qui en ont le plus besoin (on parle « d'universalisme proportionné »). Dans cette logique, l'effort de déploiement d'opérateurs et actions de prévention doit être poursuivi en priorité dans les territoires socialement vulnérables avec un FDEP de classes Q4 et Q5¹ qui correspondent globalement aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). *A contrario*, il faudra limiter les effets d'appropriation sociale différenciée qui conduisent à orienter le développement d'actions dans des territoires favorisés qui disposent de capacités d'ingénierie supérieures. Les dispositifs d'éducation à la santé devront être tout particulièrement renforcés dans les territoires vulnérables.

- o *Renforcer l'accès aux droits*

Le renoncement aux soins, directement lié à des difficultés d'accès aux droits et/ou aux soins, a un impact important sur la santé des publics fragiles (ce phénomène a été tout particulièrement marqué pendant la crise Covid). L'objectif est de poursuivre, en lien avec l'Assurance Maladie, le développement des dispositifs favorisant l'accès aux droits, la compréhension du système de santé, la lisibilité de l'offre de santé et l'accès aux soins.

Les points relais des caisses primaires d'Assurance Maladie (Cpam) sont un dispositif essentiel d'accompagnement des personnes dans l'ouverture de leurs droits dont il conviendra de s'assurer du maintien, d'un maillage territorial adapté et d'un accès physique facilité pour les plus fragiles, y compris sans rendez-vous. Les partenariats locaux avec les structures d'exercice coordonné et les acteurs associatifs implantés dans ces territoires seront encouragés pour « ramener-vers » les points relais et faciliter la réalisation des démarches administratives, notamment pour les détenteurs de l'aide médicale d'Etat (AME). Le déploiement d'une offre d'accompagnement à la réalisation des démarches administratives et à l'accès aux droits pourra également être envisagé dans les maisons France Service et dans des tiers-lieux implantés dans les territoires isolés.

¹ Cet indicateur reprend différents critères sociaux (part des chômeurs et part des ouvriers dans la population active, part des diplômés de niveau baccalauréat) et classe les territoires en 5 niveaux, du plus favorisé (Q1) au plus défavorisé (Q 5).

L'offre d'interprétariat en santé sera développée auprès des structures d'accompagnement et de prise en charge, notamment par le déploiement large d'outils numériques de traduction.

- *Soutenir une offre de prise en charge pluriprofessionnelle*

Dans certains territoires particulièrement fragiles, les expérimentations de déploiement de structures d'exercice coordonné dites « participatives » seront soutenues, voire renforcées. Ces structures confortent l'activité des professionnels de santé par une prise en charge pluriprofessionnelle spécifiquement adaptée aux publics les plus précaires, en y associant des interprètes, des psychologues, des travailleurs sociaux et des médiateurs en santé. La généralisation d'expérimentations actuellement en cours, dont plusieurs structures d'exercice coordonné de la région Paca, sera particulièrement encouragée pour développer cette approche participative des prises en charge.

Porté par Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) avec l'appui de la DGOS, la DSS, la DGS et l'équipe en charge des expérimentations article 51 du Secrétariat général, le dispositif SEC Participatives a pour ambition de soutenir une prise en charge sanitaire et sociale de premier recours en ville, tournée vers les besoins des populations des territoires défavorisés où elles sont généralement implantées. Il est expérimenté par 26 centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») au niveau national, dont trois situés en Paca : le centre de santé Château en Santé et la MSP Peyssonnel dans les Bouches-du-Rhône ainsi que la MSP de l'Olivier dans les Alpes-Maritimes.

En complément, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) seront également soutenus pour la prise en charge des parcours complexes.

- *Développer une offre de santé adaptée pour les personnes les plus démunies*

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (Praps) est une composante d'un modèle global de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). En effet, les personnes en situation de vulnérabilité cumulent des difficultés d'accès à la santé et aux soins souvent liées à l'accès et à l'utilisation de leurs droits mais aussi à la géographie des territoires et à la répartition de l'offre de soins. Plus le niveau de précarité des personnes augmente, plus leur état de santé risque de se dégrader.

Le Praps a pour but de favoriser un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun. A ce titre, un programme lui est consacré dans le schéma régional de santé.

4. S'appuyer sur le numérique comme un levier pour réduire les inégalités de santé

Le numérique ne doit pas accroître les inégalités en matière de santé mais bien renforcer l'accès aux soins pour tous. Vecteur de rapidité d'accès et de partage d'informations, il réduit les distances entre le patient et le soignant notamment avec la téléconsultation et la télésurveillance. Le numérique est donc un levier essentiel pour diminuer les inégalités de santé en renforçant l'information sur l'offre de santé disponible, facilitant le recours à l'expertise et le suivi, en veillant à « aller vers et accompagner vers ».

- *Développer l'accès au numérique pour les usagers, notamment grâce au déploiement de Mon Espace Santé*

Pour lutter contre la fracture numérique, le dispositif des médiateurs numériques sera renforcé, complété par les ambassadeurs Mon Espace Santé, ainsi que par les professionnels de santé eux-mêmes qui pourront inciter les patients à y retrouver leurs documents (courriers, ordonnances). De

plus l'accès sécurisé aux services numériques pour les aidants doit être développé au bénéfice des usagers sujets à l'illectronisme ou dans l'incapacité d'utiliser ces services.

Enfin, nous pourrions nous appuyer sur les usagers qui développent des connaissances expérientielles sur leurs maladies ou leurs handicaps. Ils deviennent acteurs des décisions ayant trait à leur prise en charge et gagnent en autonomie grâce aux applications et objets connectés qui leur permettent de surveiller leur état de santé. Nous veillerons à promouvoir les solutions numériques labélisés au niveau national par les pouvoirs publics, notamment le store d'application proposé à l'utilisateur via Mon Espace Santé.

- Développer les services numériques qui permettent de réduire les inégalités d'accès aux soins

Des professionnels de santé qui souhaiteraient concrètement développer, via la télémédecine, une réponse à un besoin de santé sur un territoire, pourront potentiellement bénéficier d'un appui méthodologique et d'un soutien financier au travers de la sélection de leurs projets lors des campagnes annuelles d'appel à projets. Le lien ville-hôpital pourra être renforcé dans ce cadre en lien avec le groupement hospitalier de territoire (GHT).

Afin de ne pas accentuer les inégalités, une sensibilisation des partenaires pour maintenir un accès physique aux lieux de soins pour les personnes très éloignées de ces derniers doit être menée : ainsi il sera proposé de déployer une alternative au numérique au service des personnes les plus précaires. Plus globalement, la fracture numérique devra être intégrée dans les politiques publiques d'accès aux soins, notamment par la promotion d'un accompagnement à l'apprentissage au bon usage des services numériques.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Part de la population qui réside en zones sous dotées en médecins généralistes	8 %	7 %	5 %
Nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)	645 026	653 026	665 026
Taux de patients fragiles avec un médecin traitant	94,5 %	100 %	100 %
Nombre de maisons de santé pluri-professionnelles	110	178	241
Nombre de centres de santé pluri-professionnels	26	44	50
Nombre de professionnels de santé effecteurs dans le SAS	462	646	750
Part des femmes (18-65 ans) bénéficiant de la C2S ayant eu accès à au moins un gynécologue ou une sage-femme dans l'année	32 %	35 %	40 %

CHAPITRE 3

Comment accompagner le vieillissement et en particulier ses conséquences en termes de prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie ?

Notre région connaît une accélération du vieillissement de sa population : en 2040, plus du tiers de la population aura plus de 60 ans et un habitant sur 5 aura 75 ans et plus, contre un sur 10 aujourd'hui. Si, dans notre région, plus de 80 % des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent « en bonne ou assez bonne santé », plus d'une personne sur deux souffre d'un problème de santé chronique et plus d'une personne sur 3 est limitée dans les activités de la vie quotidienne¹.

L'augmentation du nombre de cas de maladies chroniques et de situations de dépendance physique liées à l'avancée en âge se conjugue avec l'émergence de maladies invalidantes et neurodégénératives, qui concernent aussi bien les patients que leurs proches aidants, dans un contexte également marqué par le souhait d'une grande majorité de personnes âgées de vieillir à domicile.

Bien que l'effort de soutien à l'autonomie se soit accru au cours des dernières années sous l'action conjuguée de l'Etat et des collectivités, des difficultés d'accès à une offre adaptée aux besoins persistent.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

L'ensemble de ces éléments conduit à identifier plusieurs enjeux en matière de/d' :

- accès pour tous les usagers à une offre lisible, renforcée et coordonnée d'accompagnement et de soins, alors que 17,3 % des habitants de la région vivent sous le seuil de pauvreté (contre 14,5 % au niveau national)²;
- prévention de la perte d'autonomie ;
- diversité des réponses qui doivent être adaptées aux situations et aux choix de chacun dans les différents territoires ;
- soutien aux personnes aidantes ;
- attractivité et de valorisation des métiers du grand âge.

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- L'information sur l'offre de services est lisible, accessible à tous et les services sont coordonnés. Les personnes âgées et leurs aidants ont accès à une information lisible et adaptée sur l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale d'accompagnement et de soins des personnes âgées. Les dispositifs mis en place améliorent la coordination des professionnels pour assurer aux personnes âgées et à leurs aidants une continuité dans la prise en charge.
- Les filières gériatriques sanitaires sont structurées dans chaque bassin de vie et permettent à la personne âgée un parcours de soins de proximité, adapté et fluide, en lien direct avec son domicile tout en garantissant/facilitant un recours à des soins spécialisés. Le développement des outils numériques vient en appui des pratiques professionnelles.

¹ ARS PACA (2019), Orientation stratégique 8 : le parcours de la personne âgée – <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/orientation-strategique-8-le-parcours-de-la-personne-agee>

² INSEE (2016), Provence-Alpes-Côte-d'Azur – Plus de 850000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté

- Les difficultés sont anticipées : les personnes âgées et leurs aidants bénéficient d'un repérage précoce de la fragilité et d'une orientation adaptée. Les cas les plus complexes pourront avoir accès à un bilan d'évaluation gériatrique multidimensionnel en hôpital de jour.
- L'offre d'accompagnement est adaptée et diversifiée sur l'ensemble du territoire, dans les champs sanitaire et médico-social. Les dispositifs sont adaptés et déployés dans une logique de complémentarité, garantissant un travail décloisonné et partenarial en institution et à domicile. Toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ont accès à une offre mieux identifiée de prestations d'accompagnement et de soins au plus près de chez elles. Les aidants ont accès à des dispositifs de répit et de soutien psychologique, avec un reste à charge limité.
- Dans le but d'améliorer leurs conditions de travail, les acteurs se sont engagés dans des actions concrètes pour agir sur le bien-être au travail, l'accompagnement au changement et le développement des compétences qui contribuent à la baisse de l'absentéisme et à la stabilisation des équipes. Les actions de formation initiale et continue des professionnels de santé sont renforcées et une politique d'attractivité des métiers du grand âge a été déployée.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Améliorer la lisibilité de l'offre existante et la coordination des acteurs

L'offre de services, d'accompagnement et de soins, en grande partie sous la double tutelle des départements et de l'ARS, est importante mais peu lisible et insuffisamment coordonnée.

Pour y remédier, deux actions complémentaires seront engagées :

- dans chaque département, une feuille de route « Parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants » sera signée par l'ARS et le conseil départemental ; cette feuille de route définit des objectifs partagés en terme de lisibilité de l'offre et de coordination des acteurs.
- un plan d'action pour chaque dispositif d'appui à la coordination (DAC) devra être rédigé et mis en œuvre.

L'objectif sera d'assurer, sur chaque territoire, la lisibilité de l'offre et une meilleure coordination des acteurs chargés des missions suivantes :

- accueil avec information, orientation des usagers et professionnels et mise en relation (centres communaux d'action sociale – CCAS, centres locaux d'information et de coordination – CLIC, Pôles Info Séniors, Maisons France Services, etc.) ;
- instruction et délivrance des aides (CCAS, allocation personnalisée d'autonomie – APA, CAF, Cnam, Mutualité Sociale Agricole etc.) ;
- activation de solutions concrètes (plateformes de répit, équipes mobiles, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS, etc.) ;
- prévention par le repérage et l' « aller-vers » (actions de prévention de la Conférence des financeurs, adaptation du logement, etc.).

Pour chacune de ces missions, les acteurs seront identifiés par territoire et les partenariats seront définis pour assurer une continuité de la prise en charge. Les actions mises en œuvre par les DAC en particulier permettront l'accès à cette information.

Il conviendra également de disposer d'une cartographie numérique de l'offre existante, accessible à tous, usagers comme professionnels.

Le numérique constituera un levier de coordination entre les acteurs. L'appropriation des outils numériques par les professionnels de santé sur l'ensemble des secteurs et par les citoyens est essentielle. Cela passera par une accélération du déploiement de « Mon Espace Santé » et de l'outil d'e-parcours régional « Azurezo ».

Le renforcement de la coordination des acteurs passera par la transformation de l'offre à domicile et en Ehpad avec notamment :

- le déploiement des services autonomie, sur l'ensemble de la région et en lien étroit avec les infirmières libérales ;

Il s'agit d'un rapprochement/fusion des services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services qui regroupera les intervenants de l'aide et du soin à domicile dans une démarche de prise en charge globale.

- le développement des centres de ressources territoriaux initié en Paca dès 2018 à travers le dispositif expérimental d'Ehpad « hors-les-murs », et qu'ils sont venus remplacer. Cette évolution de l'offre, en alternative à l'institution, devra s'articuler avec la totalité des acteurs du territoire et agir en complémentarité des dispositifs existants sur le territoire.

Les Centres de ressources territoriaux, portés par un Ehpad ou un service à domicile, ont pour objectif de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique est déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile.

2. Promouvoir la prévention et le repérage de la fragilité des personnes âgées et de leurs aidants

La perte d'autonomie entraîne une diminution de la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants et augmente le risque d'entrée en établissement, d'hospitalisation, de comorbidité tout en diminuant l'espérance de vie.

Le repérage précoce de la fragilité des personnes âgées et de leurs aidants à domicile devra être intégré aux pratiques de l'ensemble des professionnels intervenant à domicile et en institution.

Les méthodes de repérage seront mises en œuvre et diversifiées, notamment via le programme « Icope ». Des formations seront organisées sur les territoires, à l'attention de tous les professionnels, en lien notamment avec les DAC et les CPTS.

Conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé, Icope (Integrated Care for Older People) est un programme de santé publique ayant pour but de prévenir et retarder la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus par le repérage précoce des facteurs de fragilité. Il repose sur l'évaluation et le suivi des fonctions de la capacité intrinsèque : la mobilité, la nutrition, la vue et l'audition, l'état psycho-social et la cognition.

En outre, afin d'évaluer l'autonomie, l'état de santé et la situation socio-environnementale des personnes âgées et de leurs aidants le plus précocement possible, des bilans d'évaluation gériatrique multidimensionnelle devront être proposés dans les hôpitaux de jour de médecine pour les situations les plus complexes.

En outre, les rendez-vous de prévention à différents âges clés de la vie (notamment 45 et 65 ans) devront être généralisés afin de faire le point sur sa santé physique et mentale et mettre en place les soins appropriés le cas échéant. L'objectif étant de renforcer la santé des adultes et prévenir l'apparition de maladies chroniques, notamment par la sensibilisation et l'appropriation d'habitudes de vie favorables à la santé.

Mieux prévenir la perte d'autonomie et éviter les ruptures de parcours passera également par une meilleure anticipation de multiples risques tels que les chutes ou la dénutrition. Pour ce faire, de nombreuses actions seront entreprises, en lien avec les conférences des financeurs, pour financer des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie et notamment à travers le déploiement de l'activité physique adaptée, de l'intervention des ergothérapeutes à domicile ou de l'organisation de consultations de chirurgiens-dentistes en Ehpad.

Les contrats locaux de santé¹ seront incités à intégrer la politique territoriale du « Bien vieillir » et du maintien à domicile des personnes âgées dans leurs objectifs.

Par ailleurs, un nouveau dispositif visant à expérimenter un forfait prévention pourra être mis en œuvre pour les établissements de santé et médico-sociaux.

La mise en œuvre d'une politique efficace de prévention le plus en amont possible constitue le principal levier d'action pour infléchir les situations de dépendance. Cette diminution de l'autonomie, la plupart du temps non anticipée, aboutit encore trop souvent à une prise en charge en urgence et insuffisamment coordonnée des personnes âgées, malgré les initiatives engagées par l'ensemble des acteurs.

3. Permettre à l'ensemble des patients âgés de bénéficier d'une continuité des prises en charge

- Compléter et renforcer l'offre des filières gériatriques hospitalières dans tous les établissements de santé sièges de service d'accueil d'urgence

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins et doit être structurée sur l'ensemble des territoires, voire au niveau de bassins de vie selon l'accessibilité géographique. Cette offre spécialisée nécessite d'être renforcée dans un double objectif de pertinence de l'orientation des personnes âgées, et de réactivité de la prise en charge.

Ses trois modes de prises en charge devront être développés, avec :

- des consultations externes gériatriques réparties autant que possible en proximité territoriale ;
- un accès à de l'hospitalisation à temps partiel de médecine renforcé pour les gériatres ;
- un service de court séjour gériatrique, de médecine (ou des lits identifiés), avec possibilités d'avis techniques spécialisés, en capacité suffisante et/ou adaptable notamment pour répondre aux épisodes saisonniers infectieux.

Le fonctionnement de la filière de soins gériatrique sera facilité dans un souci d'efficacité, notamment par la poursuite du déploiement des infirmiers gériatriques aux urgences (IGU), des admissions directes non programmées en court séjour gériatrique ou en service spécialisé en lien avec des équipes mobiles de gériatrie (EMG) intra-hospitalières.

Le déploiement des infirmiers gériatriques aux urgences a permis aux équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalières de déployer leur expertise (prise en charge globale de la personne âgée, gestion de l'aval d'hospitalisation) vers les autres services spécialisés d'hospitalisation et notamment d'assurer cette prise en charge spécifique indispensable en cas d'admission directe en service de chirurgie par exemple.

Une démarche partenariale sur le territoire sera encouragée par le renfort de pôles hospitaliers ambulatoires en s'appuyant également sur des établissements en soins médicaux et de réadaptation

¹ Cf. CHAPITRE 1

ou sur les hôpitaux de proximité pour des territoires « isolés » (notamment les Alpes-de-Haute-Provence ou l'arrière-pays niçois).

Des établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR), notamment ceux autorisés à la mention « gériatrie » en proximité, pourront assurer des admissions directes en hospitalisation complète ou à temps partiel en lien avec les acteurs de soins de ville et à tous les stades du parcours de soins.

Parallèlement, le rôle des services d'hospitalisation à domicile (HAD) sera soutenu dans tous les établissements de soins et les Ehpad devront avoir accès à l'expertise d'équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, notamment pour les troubles psychiatriques préexistants et les troubles psychiques inauguraux (dépression, troubles anxieux, risque suicidaire).

L'objectif est de mobiliser l'offre de psychiatrie existante sur le territoire en articulation avec les autres intervenants auprès des personnes âgées en Ehpad, notamment la filière gériatrique et l'offre de soins spécifique aux maladies neurodégénératives (unités cognitivo-comportementales – UCC), consultations mémoire et centres experts Alzheimer ou Parkinson).

Si cette filière gériatrique définie réglementairement est avant tout sanitaire, elle doit être le socle d'une filière globale en terme de parcours de soins pour les personnes âgées, à partir de et jusqu'à leur domicile.

- *Développer les dispositifs permettant d'assurer l'expertise à domicile et en Ehpad et d'anticiper les situations de crise*

Les réponses doivent être adaptées aux situations et aux choix de chacun dans les différents territoires ; l'intervention des professionnels de santé doit être renforcée et optimisée.

Pour cela, le déploiement des équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières sera poursuivi ; elles contribuent à l'évaluation gériatrique des personnes âgées sur leur lieu de vie.

Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières ont vocation à être pluriprofessionnelles afin de proposer une démarche globale somatique et psychique. Leur public cible comprend tout résident d'Ehpad ou toute personne âgée à domicile signalée par un professionnel de santé intervenant. Avec une évaluation gériatrique, leurs missions socles contribuent à apporter des conseils thérapeutiques et des avis spécialisés pluridisciplinaires, à aider à la construction du projet personnalisé de santé, à faciliter l'accès direct à un plateau technique hospitalier et à sécuriser le retour à domicile. Par leurs missions spécifiques, elles interviennent au bénéfice des professionnels (Ehpad - autres EMS - libéraux) par une aide à la réflexion ou à la prise en charge, par l'information et la sensibilisation des équipes sur certaines problématiques ; et au bénéfice des personnes notamment par l'anticipation de situations de crise, par la proposition de solutions alternatives à l'hospitalisation avec hébergement, en facilitant le recours aux soins et aux aides et par la prise en compte de la situation des aidants.

Les « hotlines gériatriques » pourront évoluer en « appuis territoriaux gériatriques » avec une sectorisation géographique et en s'articulant avec les ressources disponibles.

Cette vigilance dans l'articulation des territoires couverts est nécessaire dans les grandes agglomérations, notamment à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) lorsqu'il existe plusieurs filières et hotlines gériatriques.

Les hotlines gériatriques sont portées par les établissements hospitaliers disposant d'une filière gériatrique. Elles sont assurées par les infirmiers gériatriques aux urgences et/ou les médecins gériatres sur des plages horaires définies. Elles sont accessibles aux professionnels de santé par un numéro de téléphone et un mail. Une liste régionale est établie, actualisée par l'ARS et diffusée notamment aux SAMU-Centres 15 et aux DAC.

L'appui territorial gériatrique est, en proximité, un dispositif complémentaire aux organisations en place. Intégré dans les filières existantes, il propose aux professionnels assurant la prise en charge des patients âgés une expertise non programmée en journée et en semaine. Il ne se substitue pas aux dispositifs existants. Sa création permet de pérenniser la réponse de hotline actuellement réalisée par les gériatres et IGU en sus de leurs activités. Il est organisé par un coordonnateur identifié qui aide à l'orientation et à la conduite à tenir à très court terme.

Un soutien des équipes existantes et un renfort en pluridisciplinarité des compétences seront privilégiés autant que possible.

- Assurer un maillage territorial de proximité pour la prise en charge des maladies neurodégénératives en s'appuyant sur les structures de soins existantes

L'objectif est de favoriser l'accès à un diagnostic des maladies neurodégénératives et à un parcours de soins coordonné, tout en réduisant le délai du premier avis médical. Si le maillage existant est essentiellement hospitalier, l'augmentation de la prévalence des maladies neurodégénératives avec le vieillissement de la population implique un rapprochement des consultations mémoire avec tous les acteurs de proximité.

Le développement d'équipes mobiles spécialisées vers le domicile et/ou les établissements sanitaires et médico-sociaux sera soutenu afin de répondre à des situations de crise psycho-comportementale, en lien avec des troubles neurocognitifs. Ces équipes s'appuient sur le Centre mémoire de ressource et de recherche (CMRR), porte d'entrée unique identifiée pour les professionnels (comme c'est le cas dans le cadre de l'expérimentation du GHT des Alpes-Maritimes).

Les CM et CMRR, en lien avec les dispositifs existants, mettent à disposition de tous la connaissance des ressources spécialisées dans la prise en charge des maladies neurodégénératives sur les territoires. Ils interviennent en tant qu'experts notamment auprès des acteurs de la filière gériatrique, de la psychiatrie, des DAC et des CRT.

La création d'équipes mobiles rattachées à un centre expert est attendue en région pour la maladie de Parkinson, afin d'anticiper au mieux la prise en charge des patients les plus jeunes (comme c'est le cas dans d'autres régions).

Ces équipes mobiles doivent contribuer à la prise en charge à domicile et anticiper les complications rencontrées par les personnes adultes atteintes de maladie de Parkinson ou de maladies apparentées. L'objectif est de diminuer le recours systématique à l'hospitalisation.

En outre, les équipes spécialisées Alzheimer seront renforcées afin de mailler la totalité du territoire (notamment le Var et les Hautes-Alpes) et d'élargir leur intervention à l'ensemble des maladies neurodégénératives (y compris la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de Parkinson).

Ces équipes accompagnent les personnes vivant à domicile diagnostiquées au début de la maladie, à un stade léger et modéré, et aident leurs proches. L'objectif de ces interventions, qui se font sur prescription médicale, est de leur permettre de vivre le plus longtemps à domicile.

- *Faire évoluer et diversifier l'offre médico-sociale en Ehpad et au domicile en répondant aux besoins de chaque territoire*

En Ehpad une réflexion sera menée afin de spécialiser certains établissements dans la prise en charge de l'ensemble des maladies neurodégénératives.

Toutes les formations concourant à améliorer la prise en charge de ces maladies seront renforcées, y compris la formation aux thérapies non médicamenteuses personnalisées, avec la poursuite du dispositif de Pasa de nuit, initié en Paca depuis 2018.

Les dispositifs « Poly activités et soins adaptés » (Pasa) de nuit ont pour objectif de mettre en place des thérapies non médicamenteuses personnalisées apaisantes auprès de 12 à 14 résidents en Ehpad. Leur action s'étale du moment du coucher jusqu'à tard dans la nuit, en réponse à l'émergence de troubles du comportement pour un résident que l'on ne peut identifier à l'avance de façon certaine.

L'offre en Pasa de jour sera développée en particulier sur les territoires déficitaires comme les Bouches-du-Rhône, le Var et les Alpes-Maritimes.

Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) sont des espaces aménagés au sein des Ehpad qui accueillent durant la journée des résidents souffrant d'une maladie neurodégénérative et ayant des troubles du comportement modérés.

Une analyse du fonctionnement de ce dispositif ainsi que des unités d'hébergement renforcé (UHR) sera effectuée, compte tenu de l'hétérogénéité des organisations actuelles, et dans le but de garantir l'effectivité d'une réponse adaptée aux usagers.

La poursuite de la médicalisation des Ehpad passera également par une série d'actions d'envergure visant à :

- renforcer, stabiliser, professionnaliser les équipes soignantes
- maîtriser l'absentéisme et limiter le turn-over des équipes
- développer de façon expérimentale le financement d'Unités de vie protégées, selon un cahier des charges clairement défini au niveau régional
- garantir une coordination médicale dans chaque structure
- généraliser l'astreinte infirmière de nuit (notamment dans les départements alpins) entre plusieurs Ehpad et à partir d'un Etablissement de santé
- développer la prise en charge des soins palliatifs / fin de vie au sein des établissements
- renforcer la sécurité et la qualité de prise en soins des résidents, à travers l'analyse et la maîtrise du risque infectieux, la sécuriser du circuit du médicament
- améliorer la prise en charge de la douleur
- dynamiser une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT)
- répondre à l'enjeu de rénovation de l'offre au travers le financement de projets d'investissements ambitieux et innovants.

Le dispositif d'hébergement temporaire d'urgence et en sortie d'hospitalisation sera poursuivi au sein des Ehpad majoritairement habilités à l'aide sociale, avec, pour les bénéficiaires, un reste à charge égal à zéro sur une période de 15 jours renouvelable une fois.

Enfin, les Ehpad devront s'inscrire dans une démarche de partenariat voire de rapprochement à travers notamment la mise en place de Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociaux (GCSMS).

Afin de promouvoir la bientraitance et de lutter contre la maltraitance, un indicateur sera construit en 2024 dans l'attente des travaux nationaux. Cette démarche pourra être étendue aux autres secteurs (santé mentale, personnes en situation de handicap...).

4. Soutenir les personnes aidantes

L'ensemble des actions ne devra pas être dissocié de la question centrale du rôle des personnes aidantes dans l'accompagnement des personnes âgées. L'objectif est donc de les soutenir en levant les freins au développement de solutions de répit et en prenant en compte les personnes en situation de précarité.

La stratégie régionale de soutien aux aidants sera poursuivie et dynamisée en favorisant le partage d'informations sur les actions et dispositifs existants, mais aussi en déployant les plateformes de répit sur les territoires non couverts (arrière-pays varois, nord des Alpes-Maritimes).

Les plateformes d'accompagnement et de répit interviennent auprès des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap. Elles proposent :

- des solutions de répit ou de soutien ;
- une aide en réponse aux besoins d'information, d'écoute, de conseils, de relais ;
- des formations spécifiques.

Le rôle de ces plateformes sera conforté, en généralisant le recours aux dispositifs de suppléance à domicile (relayage, temps libéré, etc.) initiés dans notre région depuis 2018, afin de permettre aux aidants de prendre du répit pendant une durée allant d'une heure à 24 heures, avec un reste à charge limité (notamment dans le Vaucluse où le dispositif est peu développé comparativement aux autres départements).

Des alternatives à l'hébergement permanent en Ehpad seront développées, avec particulièrement :

- l'accueil de nuit, qui constitue une offre restreinte en région Paca ;
- l'hébergement temporaire dont le recours doit être garanti au sein des Ehpad disposant d'une autorisation ;
- les accueils de jour, y compris itinérants, dont l'activité devra être optimisée (taux d'occupation à 75 % minimum) avec une tarification adaptée pour répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire.

5. Fidéliser les professionnels et favoriser l'attractivité des métiers du grand âge

La mise en œuvre de l'ensemble des actions prévues repose sur l'implication des acteurs, plus particulièrement sur la présence garantie des professionnels de santé. L'objectif est donc de mettre en place un plan d'action régional contribuant à fidéliser les professionnels et favoriser l'attractivité des métiers du grand âge, dans des perspectives de moyen et long terme.

Faire venir de nouveaux professionnels constitue un enjeu majeur en réponse aux besoins des structures.

Les problèmes aigus d'attractivité et la dégradation de situations justifient l'urgence de mieux communiquer sur les métiers du grand âge et d'agir en actionnant notamment trois types de leviers :

- soutenir le développement des compétences et expertises (soutien de la reconnaissance d'infirmière en pratique avancée en gériatrie, généralisation de la formation d'assistantes de soins en gériatrie, valorisation de tutorats exercés par les aides-soignantes en Ehpad, etc.) ;

- diversifier les voies d'accès aux métiers et valoriser les compétences (développement de l'apprentissage et de la VAE, relance du protocole régional sur les Ehpad et adaptation sur les services autonomie, objectif de zéro « faisant-fonction » d'aide-soignant en Ehpad, etc.) ;
- poursuivre les actions favorisant la qualité de vie et des conditions de travail, en lien avec les partenaires (Carsat, Dreets, Aract) tels que l'achat de matériels (rails de transfert, exosquelettes...), la formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou l'intervention de personnels extérieurs à destination des personnels (séances d'ostéopathie, vacations de psychologues, sophrologues, etc.).

Le développement de la télémedecine et de la télécoordination médicale en Ehpad constituera également une des réponses aux difficultés d'accès aux soins spécialisés ainsi qu'au recrutement des médecins coordonnateurs, qui fera l'objet d'un plan d'action spécifique.

La télémedecine peut notamment prendre la forme :

- d'une téléconsultation : il s'agit d'une consultation médicale à distance et en direct entre le patient et son médecin ;
- d'une télé-expertise qui permet à un médecin de demander l'avis d'un confrère sur la prise en charge d'un patient via une messagerie sécurisée ou une solution de télémedecine.

La télécoordination médicale en Ehpad constitue une solution temporaire et palliative à l'absence de médecins coordonnateurs. Il s'agit de mettre à disposition à distance une équipe composée d'un médecin et d'un infirmier accompagnés ponctuellement d'experts (médecin spécialiste, nutritionniste, etc.). Selon une méthodologie concertée avec le personnel soignant de l'Ehpad, cette équipe va réaliser les missions normalement dévolues au médecin coordonnateur.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Nombre d'aidants de personnes âgées qui ont été relayés au moins une fois dans l'année	2400	3500	5000
Nombre de séjours hospitaliers pour chutes des personnes âgées de 65 ans et plus	24 517	-15 % <i>Soit environ une diminution de 3700 séjours</i>	-20 % <i>Soit environ une diminution de 4900 séjours</i>
Part de la population de Paca couverte par des feuilles de route entre l'ARS/CD définissant des objectifs partagés en termes de lisibilité de l'offre et de coordination des acteurs	0 %	20 %	100 %
Part des Ehpad couverts par une équipe mobile gériatrique extrahospitalière	39 %	60 %	100 %
Part de la population couverte par un service autonomie à domicile	0 %	100 %	100 %
Nombre de séjours hospitaliers avec passage par les urgences des personnes âgées de 75 ans et plus	131 115 séjours	-10 % <i>soit -13 000 séjours environ</i>	-20 % <i>soit -26 000 séjours environ</i>
Part d'Ehpad disposant d'un temps de coordination médicale	75 %	80 %	100 %
<i>Un indicateur sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sera construit en 2024.</i>	<i>En attente des travaux nationaux sur la maltraitance.</i>		

CHAPITRE 4

Comment accompagner les personnes en situation de handicap ?

La région Paca présente une offre médico-sociale destinée aux personnes en situation de handicap en deçà des ratios nationaux. Cette offre, inégalement répartie sur le territoire, est majoritairement composée d'acteurs proposant une seule modalité d'accompagnement, ce qui a un impact sur la fluidité du parcours des personnes. La marge de progrès reste importante pour réduire de manière conséquente le nombre de jeunes adultes de plus de 20 ans maintenus au sein d'établissements pour enfants au titre des amendements Creton.

L'ambition est donc d'apporter des réponses concrètes aux besoins des personnes en situation de handicap, quelle que soit la nature (physique, intellectuelle, psychologique ou sociale) de leurs besoins particuliers et les limitations qu'elle peut entraîner dans leur vie quotidienne.

Selon une approche globale à tous les âges de la vie, il est primordial de décloisonner les réponses apportées aux difficultés rencontrées et de développer une palette de solutions diversifiées. Le choix des personnes en situation de handicap doit être respecté pour faciliter les parcours, favoriser l'autonomie et l'autodétermination.

La création de nouvelles solutions, inscrites dans la transformation et l'évolution de l'offre médico-sociale, permettra de répondre particulièrement aux besoins des « amendements Creton », aux situations les plus complexes qui sont souvent sans solution ainsi qu'aux personnes en situation de handicap vieillissantes.

La publication d'un Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de la région Paca (PRIAC) pluriannuel permettra de dresser les priorités régionales et départementales de financement des créations, extension ou transformations d'établissements et services de la région Paca.

L'enjeu est de soutenir un parcours de vie plus inclusif, en cohérence et en complémentarité avec l'évolution de l'offre, vers des modalités d'accompagnement diversifiées.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- **Améliorer l'accès à la santé de toutes les personnes en situation de handicap.**
 - Disposer d'une offre en santé adaptée avec du personnel formé.
 - Rendre cette offre accessible et lisible.
 - Garantir la qualité et la sécurité de l'accompagnement.
- **Proposer des réponses et des solutions qui intègrent tous les aspects du parcours de vie.**
 - Décloisonner, selon une approche globale à tous les âges de la vie, les réponses apportées aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap.
 - Construire, avec les partenaires, des solutions au quotidien : école, emploi, accès à la santé, logement, loisirs, accompagnement dans tous les lieux de vie, etc.
 - Tenir compte de l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap (vieillesse, libre choix des professionnels, des modalités d'accueil et d'accompagnement, etc.).
 - Partir d'une logique de recherche de places à une approche par parcours.

- **Renforcer l'accès au droit et permettre des choix éclairés.**
- Respecter le choix des personnes en situation de handicap, favoriser leur autonomie et leur autodétermination.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé à une approche globale dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- Soutenir le rôle et l'action des personnes aidantes.

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- L'inclusion des personnes en situation de handicap commence dès le plus jeune âge – à l'école notamment –, se poursuit dans le monde du travail, au sport ou au travers des activités culturelles, artistiques et de loisirs.
- L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est simplifié et le taux de renoncement aux soins est diminué (le pourcentage de personnes en situation de handicap ayant un médecin traitant a augmenté).
- Le rôle des personnes aidantes et leurs besoins sont mieux pris en compte : elles sont mieux informées et formées et davantage en capacité de prendre du temps pour elles-mêmes afin de prévenir leur épuisement.
- Le parcours de soins des personnes en situation de handicap est plus fluide et coordonné. L'offre est diversifiée et s'adapte aux besoins spécifiques de ces personnes.
- Une offre spécifique est déployée pour accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes.
- Le secteur médico-social est plus attractif pour les professionnels (en termes de ressources humaines, de qualité de vie et des conditions au travail, etc.).

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

Si l'accès à la santé est un droit fondamental, les personnes en situation de handicap rencontrent de nombreuses problématiques médicales associées à un risque plus accru en termes de comorbidité ou à un recours aux soins plus tardif.

Garantir l'accès à la santé constitue donc un enjeu majeur permettant aux personnes les plus éloignées des dispositifs de soins de droit commun d'avoir la possibilité de se soigner dans les meilleures conditions possibles.

- *Améliorer le partage et la diffusion des connaissances avec l'ensemble des acteurs de la région dans le champ du handicap*

Offrir des solutions ou des réponses aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap nécessite d'améliorer la connaissance de l'ensemble des acteurs du secteur, mais également d'identifier les obstacles concrets qu'elles, ou les personnes qui les aident, peuvent rencontrer dans leur accès à la santé.

Les outils existants tels que le baromètre Handifaction¹ seront promus au travers de campagnes de publication, auprès des professionnels de santé de proximité, à l'hôpital, dans les établissements et services médico-sociaux ainsi que dans les services publics.

Il est indispensable de mobiliser l'ensemble des partenaires autour de cet enjeu majeur en installant progressivement les comités départementaux de la Charte Romain Jacob.

La Charte Romain Jacob est née de la volonté des personnes vivant avec un handicap d'améliorer leur accès aux soins. À travers douze grands principes, elle s'impose comme un véritable guide éthique de l'accès aux soins.

Les signataires s'engagent notamment à promouvoir :

- la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap ;
- la sensibilisation de l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement aux personnes en situation de handicap.

Les comités départementaux pilotés par l'ARS visent à déployer la Charte, en partageant des connaissances sur l'accès à la santé de ces personnes et en suivant la mise en œuvre des actions déployées pour répondre aux difficultés.

- *Renforcer l'offre de santé dans une logique de proximité*

Le renforcement de l'offre de santé de proximité pour les personnes en situation de handicap se décline à travers des réponses de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement. Pour ce faire, les objectifs sont :

- de développer des actions de prévention adaptée au sein des établissements et services médico-sociaux (soutien à la formation des professionnels, accompagnement) ;
- d'améliorer l'accueil et l'accompagnement de proximité ;
- de permettre à chacun de disposer d'un médecin traitant qui facilite son parcours de santé coordonné et assure un suivi adapté ;
- de promouvoir et de valoriser les projets au sein des structures d'exercice coordonné ;
- de développer et d'accélérer la coopération entre les différents dispositifs d'orientation et de coordination des parcours (communautés 360, dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et structures d'exercice coordonné) ;

Les "communautés 360" ont été mises en place au cours de la crise sanitaire liée au Covid-19 pour accompagner les personnes en situation de handicap et leur entourage dans leurs démarches et leur parcours médico-social afin d'éviter les ruptures d'accueil et l'accompagnement. Par le biais du numéro d'entrée unique, 0 800 360 360, toute personne en situation de handicap, aidant ou professionnel de santé est orienté vers le bon interlocuteur afin de répondre de la manière la plus efficiente à son besoin.

- inciter les professionnels de santé, en lien avec l'Assurance Maladie, à accompagner ces personnes par une meilleure sensibilisation et information sur les dispositifs existants ;
- proposer des formations initiales et continues aux professionnels de santé sur les différents types de handicap afin de les sensibiliser à cet accompagnement ;

¹ Pour en savoir plus sur le baromètre Handifaction, voir <https://www.handifaction.fr/>.

- améliorer l'accueil et l'accompagnement en milieu hospitalier ;
 - élaborer une procédure régionale en lien avec les fédérations hospitalières et les établissements de santé pour faciliter l'accès aux services d'urgence des personnes en situation de handicap, prendre en compte le couple aidant/aidé, et proposer un accueil et un accompagnement adaptés à leurs besoins ;
 - formaliser un réseau de référents handicap dans les établissements de santé pour améliorer les conditions d'accueil ;
 - améliorer l'accessibilité au transport de ces personnes vers les centres de soins ;
 - organiser des circuits courts pour les modalités d'accompagnement.
- *Assurer un parcours de santé coordonné répondant aux besoins des personnes en situation de handicap.*

L'engagement de l'ensemble des partenaires constitue un pilier essentiel et central à la coordination des parcours de soins des personnes en situation de handicap.

Des actions seront déployées pour répondre aux besoins spécifiques des parcours suivants :

- **Le parcours des enfants et jeunes adultes en situation de handicap**

- Amplifier les actions de repérage (au travers notamment de l'entretien prénatal précoce et les staffs médico-psychosociaux) et renforcer le dépistage précoce.
- Améliorer l'accompagnement des parents.
- Renforcer la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social dans le lien entre parentalité et handicap.
- Poursuivre l'organisation du suivi des nouveau-nés vulnérables et améliorer le lien entre les services de médecine chirurgie obstétrique et les services d'aval (soins médicaux et de réadaptation).
- Renforcer la capacité des centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour fluidifier les prises en charge et agir sur les délais d'accès aux soins/d'interventions précoces.
- Poursuivre le travail réalisé à destination des enfants dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.
- Poursuivre l'organisation et la gradation du parcours des enfants atteints de troubles spécifiques du langage et des apprentissages, en renforçant les articulations avec le parcours des enfants atteints de troubles neuro-développementaux.

- **Le parcours des femmes en situation de handicap**

- Améliorer l'accès à la prévention et à la santé (santé sexuelle, soins et suivi gynécologiques, etc.).

- **Le parcours cancer**

- Identifier des filières d'accueil et l'accompagnement cancérologique des personnes en situation de handicap.

- **La santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap**

- Promouvoir les actions de prévention bucco-dentaire.
- Développer le recours en secteur libéral.
- Améliorer les conditions d'accès aux soins dentaires sous anesthésie générale.

- Favoriser la mise en œuvre des pratiques professionnelles et soutenir les actions innovantes en matière de santé

L'objectif est de mieux identifier et d'évaluer les actions innovantes contribuant à l'efficacité des soins à destination des personnes en situation de handicap pour en favoriser le déploiement sur l'ensemble des territoires.

Dans ce cadre, les actions suivantes pourront être déployées :

- inciter le déploiement de la télémédecine dans les établissements et services médico-sociaux (en faisant le lien avec le secteur libéral et particulièrement avec les spécialistes) ;
- identifier les besoins d'équipements nécessaires et adaptés aux professionnels de santé pour le déploiement de projets ou de consultations spécialisées, notamment en santé bucco-dentaire ;
- poursuivre le déploiement de dispositifs mobiles, d'« aller-vers », pour éviter le déplacement des personnes en situation de handicap (comme le fait l'équipe mobile de la Clinique de Bonneveine dans les Bouches-du-Rhône) ;
- déployer des unités de soins dédiées pour la réalisation des actes de santé (par exemple Handibloc¹) ;
- renforcer le maillage territorial des sites de consultations dédiées (sur les territoires alpins prioritairement) ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) adaptée aux situations et aux besoins des personnes qui vivent avec un handicap.

2. Construire des parcours adaptés aux besoins des personnes en situation de handicap

- Accélérer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT)

Si depuis le 1er janvier 2018 la démarche « Réponse accompagnée pour tous » est entrée en vigueur dans l'ensemble des départements, il convient désormais d'aller plus loin dans son déploiement pour renforcer la mobilisation de tous les partenaires. L'objectif : éviter et anticiper des ruptures de parcours.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » propose une réponse individualisée à chaque personne en situation de handicap dont la situation le nécessite, prioritairement à celles qui n'ont pas de solution d'accompagnement ou qui sont en risque de rupture. Cette réponse peut impliquer la coordination de plusieurs accompagnements, dans différentes structures et secteurs (éducatif, médico-social, sanitaire, aide sociale, etc.). Elle vise à proposer à la personne un accompagnement global, adapté à ses besoins et conforme à son projet de vie.

Pour ce faire, il faudra :

- améliorer l'ancrage territorial des communautés 360 pour renforcer d'une part leur légitimité dans leur rôle de coordination des acteurs autour d'une situation et d'autre part pour mettre en œuvre des orientations de la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ;
- renforcer les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), au nombre de 8 à ce jour, pour les personnes dépourvues de solutions d'accompagnement ;
- intensifier l'usage de Via Trajectoire afin :
 - de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et l'effectivité de la mise en œuvre des décisions d'orientation prononcées par la MDPH ;

¹Plage de bloc opératoire dédiée au patient permettant la réalisation de plusieurs actes de soins au cours d'une même intervention.

- d'avoir une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles, notamment pour favoriser le dialogue avec l'ensemble des institutions ;
- de fluidifier les interactions et la capacité d'agir sur les situations critiques.

ViaTrajectoire est un portail d'orientation pensé pour simplifier l'admission des personnes en situation de handicap en établissement ou en service médico-social.

Il permet :

- de rechercher les établissements ou services souhaités ;
- de renseigner un dossier unique d'admission pour envoyer les demandes dans les établissements et services médico-sociaux ;
- de suivre l'avancée des demandes adressées.

- *Expérimenter de nouvelles réponses « souples et modulables » aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap*

L'ARS Paca expérimente de nouvelles modalités d'accompagnement afin de diversifier l'offre existante et de répondre à l'ensemble des besoins identifiés : comme c'est le cas par exemple avec les dispositifs d'équipes mobiles ou de maisons d'accueil spécialisé (MAS) hors-les-murs dans une logique d'« aller-vers » dans les Bouches-du-Rhône et le Var. L'objectif est d'accompagner de manière flexible, adaptée et coordonnée, des personnes qui ont obtenu de la MDPH une notification pour être accueillies au sein d'une MAS mais dont l'entrée dans cette structure n'est pas effective.

Il faudra donc poursuivre cette dynamique en généralisant ce type d'actions sur l'ensemble du territoire et en publiant de nouveaux appels à candidatures ou appels à manifestations d'intérêt pour faire émerger du terrain des solutions innovantes.

- *Poursuivre la transformation et l'évolution de l'offre médico-sociale pour améliorer son efficience*

Dans le cadre du déploiement de « 50 000 solutions nouvelles » pour les enfants et adultes en situation de handicap entre 2024 et 2030, un travail partenarial sera engagé avec les principaux acteurs pour co-construire sur chaque territoire des réponses afin de garantir à chaque personne en situation de handicap un accueil et un accompagnement global adapté à ses besoins.

Il convient particulièrement :

- d'améliorer la connaissance et l'évolution de l'offre médico-sociale régionale (observatoire en lien avec les communautés 360, Via Trajectoire) ;
- d'accompagner le passage des établissements et services médico-sociaux (ESMS) vers une logique de « dispositif » afin de répondre de manière souple et réactive à l'évolution des besoins de ces personnes durant tout leur parcours de vie ;
- d'expérimenter des modalités d'offre croisées et transversales en impulsant la création de groupements de coopération sanitaire et médico-Sociale (GCSMS) et ainsi répondre aux enjeux de complémentarités d'actions entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux ;
- de promouvoir la formation des professionnels des ESMS pour accompagner l'évolution des métiers, répondre à l'enjeu de l'attractivité des métiers, des pratiques professionnelles dans le cadre de la transformation de l'offre, l'évolution des postures, les pratiques managériales ;
- de développer la fonction « ressource » pour répondre aux besoins des professionnels exerçant au sein d'ESMS plus « généralistes » afin d'être appuyés et sécurisés sur

l'accompagnement de personnes avec handicap spécifique (handicaps rares, troubles du spectre autistique complexe, déficients visuels ou déficients auditifs...). Ceci permettrait également de pallier le manque de ressources médico-sociales spécialisées, peu nombreuses et inégalement réparties sur le territoire.

- *Investir de nouvelles modalités d'offre pour améliorer la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes*

Le vieillissement des personnes en situation de handicap nécessite la mise en œuvre de réponses adaptées à l'évolution de leurs besoins, en développant de nouveaux modes d'accueil et d'accompagnement, ou en adaptant les structures existantes. Ce vieillissement survient en général de façon plus précoce chez les personnes en situation de handicap que chez le reste de la population, intensifiant certains troubles ou déficiences.

Afin de répondre aux besoins spécifiques et pluriels de ces personnes et de tenir compte de leur spécificité, il faudra construire une offre diversifiée et adaptée.

- Déployer des unités pour les personnes en situation de handicap vieillissantes dans les Ehpad afin d'opérer des passerelles entre le secteur des personnes handicapées et celui des personnes âgées : un appel à candidatures pour créer à *minima* cette unité au sein d'un Ehpad dans chaque département sera lancé en 2023.
- Accompagner les ESMS qui accueillent des personnes en situation de handicap pour favoriser l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en :
 - les renforçant afin de répondre aux besoins accrus de soins qui peuvent émerger avec l'avancée en âge ;
 - développant les actions de « qualité de vie et des conditions de travail » (actions de formation et de sensibilisation des professionnels aux problématiques de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap, au travail de repérage des signes de l'avancée en âge, aux soins palliatifs, à l'adaptation du matériel, etc.).
- Renforcer les liens entre le secteur du handicap et celui des soins palliatifs : soutien d'actions de formation des professionnels pour accompagner la fin de vie, formalisation de partenariats avec les équipes de soins palliatifs et les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

3. Accélérer la démarche inclusive tout au long du parcours de vie

Construire des réponses plus inclusives, c'est améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le projet de vie d'une personne en situation de handicap pour lutter contre les ruptures de parcours. L'ARS Paca se mobilise depuis plusieurs années pour faciliter ce parcours, à chaque moment de la vie, et notamment aux âges charnières (le passage à l'âge adulte et le début du vieillissement). Il faut désormais réaffirmer cet engagement et intensifier les efforts afin d'accélérer cette démarche inclusive.

- *Poursuivre le déploiement des dispositifs inclusifs*

Le travail d'ores et déjà engagé pour construire des parcours inclusifs pour les personnes en situation de handicap doit être poursuivi et approfondi.

En collaboration avec les académies d'Aix-Marseille et de Nice, l'ARS Paca consolidera au cours des cinq prochaines années l'école inclusive en prenant en compte les spécificités de chaque parcours :

- suivre et accompagner les établissements et services qui ne se sont pas encore engagés dans la démarche d'externalisation des unités d'enseignement (UE) localisées dans des ESMS pour enfants en situation de handicap, afin d'orienter ces derniers vers l'école ;

- renforcer et déployer, en tant que de besoin sur les territoires en tension, les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap (EMASCO) ;
- renforcer les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) de manière à élargir leurs plages horaires d'intervention, afin de soutenir et d'accompagner l'inclusion en milieu ordinaire.

La formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap constituent également une priorité dans ce nouveau projet régional de santé.

Il faudra ainsi :

- intégrer de manière plus opérationnelle les ESMS spécialisés dans l'apprentissage et la formation professionnelle afin de faciliter et favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'emploi ;
- accompagner les établissements et services de pré-orientation (ESPO) et les établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) pour l'appropriation de leurs nouvelles missions qui résultent de la modification du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- accompagner les ESMS dans la mise en œuvre du plan de transformation des établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT) afin de développer les mesures relatives au renforcement des droits des travailleurs et des dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle ;
- piloter et accompagner la montée en charge des « plateformes emploi accompagné » dans les différents départements.
 - o *Faciliter l'expression des personnes en situation de handicap*

Construire une société plus inclusive implique nécessairement de prendre en considération la volonté des personnes en situation de handicap. Tout au long de leur parcours, elles doivent en effet pouvoir agir le plus directement possible sur l'accompagnement qui leur est proposé et sur les modalités de mise en œuvre : c'est ce que l'on appelle « l'autodétermination ». L'impulsion et la mise en place de nouvelles solutions doit être facilité.

Le déploiement sur l'ensemble du territoire des assistants au projet et au parcours de vie (APPV) constitue une mesure phare des actions en faveur de l'autodétermination. Ce nouveau professionnel du secteur médico-social, spécifique et indépendant, a pour mission d'épauler les personnes en situation de handicap et leurs familles afin qu'elles construisent elles-mêmes leur projet de vie.

Il s'ajoute aux autres dispositifs de soutien à l'autodétermination qui seront mis en œuvre, tels que les « facilitateurs de parcours ». Leur rôle est de veiller et de s'assurer que la personne est en capacité de faire des choix qui correspondent à ses propres aspirations, en ayant connaissance de ses propres contraintes, et de mettre en œuvre les stratégies pour les accomplir.

La participation des personnes en situation de handicap aux instances de gouvernance des ESMS doit être favorisée. Cette dimension est essentielle puisqu'elle permet aux personnes accompagnées de contribuer à une prise de décision des actions menées en leur faveur. Ainsi, l'objectif est d'améliorer les conditions de vie des personnes et le fonctionnement global des structures. Toutes les conditions doivent être réunies pour faciliter l'expression des besoins réels des personnes.

- *Faciliter l'ouverture de la société au handicap pour améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun*

La transformation de l'offre médico-sociale vers une offre plus inclusive devra nécessairement passer par la construction de solutions en milieu ordinaire et ce en lien avec les partenaires de droit commun. Cette coopération permet aux structures d'inscrire leur activité dans la vie du territoire et ainsi de favoriser l'inclusion des personnes qu'elles prennent en charge. La coopération entre le milieu ordinaire et le secteur médico-social est donc un des pivots essentiels d'une société inclusive. Il s'agira donc d'accompagner les ESMS de la région en ce sens et encourager de manière générale la coopération entre ces deux secteurs.

L'objectif est également de permettre aux ESMS, par la mobilisation de leurs expertises et de leurs expériences, de sensibiliser, d'informer et de former les acteurs du milieu ordinaire à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, afin de faciliter leur prise en charge.

Dans cette même volonté de rapprocher le secteur médico-social et le milieu ordinaire, l'objectif est d'investir dans de nouveaux domaines afin de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder aux différentes activités constitutives de la vie sociale : accès aux loisirs, au sport, à la culture ou encore aux vacances, qui sont des activités essentielles pour l'équilibre et l'épanouissement personnel et pour la participation à la vie en société. Un certain nombre d'actions partenariales avec les acteurs du médico-social et le secteur associatif intervenant autour d'activités physiques adaptées ont d'ores et déjà été financées par l'ARS Paca dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var.

Ces différentes collaborations devront également se retrouver au niveau institutionnel. Les services déconcentrés de l'État (dont l'ARS, les services de l'Éducation nationale, la Dreets ou encore les services de la protection judiciaire de la jeunesse) et les collectivités territoriales (dont les départements, et en particulier les services de l'aide sociale à l'enfance) doivent travailler de concert pour prendre en compte les besoins des personnes en situation de handicap dans les différentes politiques publiques qu'ils mettent en œuvre. Des partenariats au niveau régional et départemental seront développés en ce sens et les actions communes seront privilégiées.

4. Soutenir les personnes aidantes

Le terme « d'aidant » recouvre des situations très différentes et ne se limite pas à la sphère familiale.

La personne aidante accompagne et protège au quotidien son proche en mettant bien souvent entre parenthèses sa santé, sa vie professionnelle, culturelle et sociale.

La nouvelle stratégie nationale de mobilisation et de soutien 2023-2027 pour les aidants permettra de compléter les objectifs opérationnels définis dans ce PRS.

- *Prévenir l'épuisement des aidants en les accompagnant le plus tôt possible*

L'aidant doit pouvoir disposer d'une offre de répit, de manière occasionnelle ou récurrente. Plusieurs solutions doivent être proposées pour répondre à la diversité des situations et des besoins des aidants : elles doivent être rapides, faciles d'accès et modulables.

En France, environ 11 millions de personnes sont considérées comme aidant d'une personne en situation de handicap ou en perte d'autonomie, dont 57 % sont des femmes.

Ministère des solidarités et des familles (2023), Agir pour les aidants - <https://handicap.gouv.fr/agir-pour-les-aidants>

HAS (2018), Le soutien des aidants non professionnels

Depuis 2020, l'ARS Paca finance des dispositifs de « relaying ». Cet accompagnement a pour objectif de relayer l'aidant en le suppléant à domicile sur une période d'au moins 24 heures. Ne nécessitant pas de notification de la MDPH, le relaying est accessible à tous les aidants. Afin qu'un plus grand nombre d'aidants puisse en bénéficier, il est indispensable de couvrir l'ensemble des départements et de renforcer les moyens des opérateurs.

Pour s'adapter davantage à leurs besoins, le relaying sera désormais associé au « temps libéré » qui s'inscrit sur un temps d'intervention plus court (maximum 12 heures) permettant au couple aidant-aidé de trouver, avec les professionnels, les modalités d'intervention les plus adaptées à chaque situation.

Le répit de l'aidant peut alors prendre différentes formes : en relais à domicile, en « séjour répit » ou en « séjour répit famille ». La personne en situation de handicap peut alors être accueillie par une structure sur un temps assez court – comme le week-end – ou plus long, sur une dizaine de jours. L'ARS Paca renforcera les moyens alloués à ces séjours et développera les « séjours répit famille ».

Par ailleurs, l'ARS Paca poursuivra le renforcement de l'offre de répit en Paca en augmentant notamment l'amplitude d'ouverture des ESMS certains week-end et vacances scolaires.

- *Ouvrir les plateformes de répit aux personnes en situation de handicap*

Les plateformes de répit ne couvrent à ce jour que le secteur des personnes âgées.

Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) apportent aux aidants un soutien en adéquation avec leurs besoins, par des professionnels formés. Elles assurent plusieurs missions :

- recensement de l'ensemble des prestations et services existant sur le territoire ;
- communication auprès des partenaires pour repérer les aidants ;
- information, écoute et soutien aux aidants ;
- organisation d'un répit à domicile par une suppléance de l'aidant ;
- proposition d'activités favorisant la vie sociale de l'aidant et de l'aidé.

Elles seront progressivement ouvertes aux personnes en situation de handicap, permettant le développement de pratiques communes. Elles permettront notamment d'apporter une réponse de répit aux aidants de personnes en situation de handicap vieillissantes.

L'accueil et l'accompagnement des deux publics par une même plateforme contribuera à une meilleure lisibilité pour les aidants qui pourront s'adresser à une entité unique pour les besoins de répit. A terme, il s'agira de créer des ponts logiques entre l'ensemble des dispositifs. Structurées et identifiées, les plateformes de répit pourront répondre plus rapidement aux demandes et offrir des solutions modulables.

- *Faciliter et promouvoir l'information, développer des dispositifs de formation à destination des aidants et des actions de pair-aidance*

Etre aidant nécessite d'être en capacité de bien appréhender et connaître le handicap pour mieux accompagner l'aidé. Pour y répondre, il conviendra de :

- faciliter et promouvoir l'information des parents et des proches-aidants en rendant plus lisible et visible l'existant ;
- structurer un réseau de formateurs en repérant au sein des établissements médico-sociaux des professionnels ressources pouvant organiser des sessions de formation à destination des aidants. Cela passe par des formations pratiques comme par exemple une formation axée sur les gestes et les postures, et par des formations plus théoriques sur la connaissance et l'appréhension du handicap ;

- renforcer les formations croisées entre aidants et professionnels afin de mieux prendre en considération les aidants comme experts de la personne en situation de handicap qu'ils accompagnent ;
- multiplier les espaces d'échanges entre aidants pour rompre leur isolement en y associant les structures médico-sociales ;
- favoriser les actions de guidance parentale afin d'accompagner les parents qui rencontrent des difficultés dans le rôle éducatif de leurs enfants.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Pourcentage de personnes vivant avec un handicap ayant subi un refus de soins	15 %	10 %	7 %
Nombre de personnes en situation de handicap sans solution	En cours	En diminution	
Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissement spécialisé	52 %	65 %	80 %
Pourcentage de personnes en situation de handicap ayant recours à un dentiste dans l'année	40,7 %	45 %	50 %
Nombre d'aidants de personnes en situation de handicap qui ont été relayés au moins une fois dans l'année	105	158	210
Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton	852	700	450
Pourcentage d'établissements de santé ayant un référent handicap	66 %	80 %	100 %

CHAPITRE 5

Comment répondre aux défis de la santé mentale et de la psychiatrie ?

Au-delà de la psychiatrie qui marque l'entrée dans le système de soins, la « santé mentale », selon l'OMS, est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Les troubles de santé mentale, notamment chez les jeunes, sont en constante augmentation, aggravés par les conséquences de la pandémie de Covid-19. L'adaptation de la réponse apportée, dans un contexte de pénurie médicale et soignante dans les établissements constitue un fort enjeu de santé publique. Cela implique un décroisement des politiques publiques entre psychiatrie et santé mentale, de nouvelles modalités d'exercice et de nouvelles articulations ayant vocation à associer l'ensemble des partenaires au sein des territoires.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) mis en place en 2018 dans chaque département constituent le niveau de déclinaison opérationnelle de cette politique.

LES ENJEUX A LONG TERME

- Enrayer la progression des troubles de santé mentale en développant les actions préventives (75 % des troubles psychiques ont une origine dans l'enfance) ;
- Faire face à l'augmentation des troubles psychiques et comorbidités associées. Près de 700 000 personnes ont eu recours à des soins en 2020 dans la région Paca (+15 % en 5 ans).
- Réduire les différences d'espérance de vie : les personnes souffrant de troubles sévères ont une espérance de vie de 15 à 20 ans inférieure à la population générale.
- Implanter les bonnes pratiques afin d'assurer le respect des droits des personnes.
- Améliorer l'offre dans le cadre du parcours des personnes au sein de la cité comme en établissement.

RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

En termes de prévention :

- Les compétences psychosociales chez les jeunes sont améliorées.
- La population et les professionnels sont sensibilisés et formés aux premiers secours en santé mentale (PSSM).
- Le nombre de suicides (et/ou des tentatives de suicide) et de récidives a diminué.
- Le nombre de personnes touchées par une dépression a diminué.
- Les centres ressources spécialisés participent aux actions de prévention.

En termes de soins :

- Les acteurs des soins de proximité sont impliqués dans la prise en charge autour des problématiques de la santé mentale (formation auprès des médecins généralistes, présence de psychologues, de pédiatres etc.).
- 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal précoce.
- 60 % des femmes bénéficient d'un entretien après l'accouchement.
- La totalité des équipes de psychiatrie périnatale ont mis en place des consultations préconceptionnelles.
- Les GHT ont, au sein de leur projet médical partagé, un projet « psychiatrie santé mentale ».
- L'accès aux soins et leur continuité est amélioré par une organisation sectorielle de la psychiatrie publique affirmée, lisible, une coopération accrue entre les acteurs de premier niveau et les dispositifs spécialisés, une gradation des soins.
- L'offre de soins pour les enfants et les adolescents est renforcée dans l'ensemble de ses modalités (ambulatoire, temps partiel et temps complet).
- Le prise en charge des addictions est mieux articulée avec celle des troubles psychiques.
- La recherche en santé mentale est structurée et développée au niveau de la région.

En termes d'accompagnement :

- Les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont intégrées dans la cité et ont accès à une prise en charge de type rétablissement dans un parcours défini.

Focus RH en santé :

- Les conditions de travail des professionnels sont améliorées.
- Les équipes sont dotées et/ou renforcées d'infirmiers en pratique avancée (IPA) en santé mentale, de coordinateurs de parcours et de médiateurs pairs, tout en évitant les glissements de tâche.
- Les contenus pédagogiques des formations IDE/IPA bénéficient d'un module sur la santé mentale et plus particulièrement sur les droits des usagers et sur les directives anticipées.
- Les professions médicales de premier recours sont formées au repérage précoce des troubles psychiques.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Agir précocement pour prévenir l'apparition des troubles et limiter leur impact par la formation, le repérage et l'orientation vers une prise en charge adaptée

- *Dès le plus jeune âge, mener des actions de renforcement des compétences psychosociales en déployant les pratiques de rétablissement*

Le développement des compétences psychosociales¹ des adultes et des enfants constitue un fort levier de promotion de la santé. C'est un moyen reconnu d'augmenter les ressources des personnes en vue d'agir favorablement sur leur santé ainsi que dans leurs choix de vie.

¹ Cf. Chapitre 1.

Il n'existe pas une manière unique de définir le rétablissement. Il est souvent décrit comme "une attitude, une manière de vivre, un sentiment, une vision, ou une expérience plutôt qu'un retour à la normalité ou la santé", pour reprendre les mots de Larry Davidson, professeur de psychiatrie à l'université de Yale aux Etats-Unis, dans son article publié en 2003. Il s'agit, pour la personne qui doit composer avec la survenue d'un trouble psychique, de changer de perspective. Elle va chercher un point d'équilibre dans son quotidien, qui tienne compte de ses vulnérabilités, tout en s'appuyant sur ses forces, ses ressources et ses capacités¹.

Pour les services de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pour l'ensemble des professionnels qui prennent en charge du public, les enjeux sont bien de s'engager dans une logique de prévention et de lutte contre l'exclusion. Des campagnes de lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques doivent concourir à cette lutte.

Il s'agit donc de développer :

- des actions de sensibilisation auprès du public et des professionnels ;
- des programmes de formation où s'articulent l'ensemble des modalités de soins et des approches validées ;
- l'organisation de réseaux à destination des professionnels qui accueillent ou accompagnent des publics, au sein des crèches, des établissements de santé, scolaires, des universités, des centres pénitenciers, des dispositifs sociaux et médicaux, des personnes sous-main de justice ;
- l'inscription au sein des plans de formation des établissements de l'approche « rétablissement » en lien avec les organismes de formation ;
- des programmes de formation autour de la pair-aidance ;

La pair-aidance est une trajectoire de rétablissement en santé, qui repose sur une entraide entre personnes étant ou ayant été atteintes d'une maladie somatique ou psychique.

- l'accompagnement des parents dans ces approches de compétences psychosociales.
 - o *Mettre en place des mesures de prévention de la crise*

La question de la prévention des crises doit être accompagnée par une meilleure gradation des soins et constitue l'un des enjeux majeurs de santé publique. En effet, 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 (versus 18% et 15% en France)².

Si les urgences psychiatriques représentent un maillon dans le parcours de santé des personnes, il est cependant nécessaire de travailler à l'anticipation des crises par :

- Une possibilité d'accès aux soins spécialisés rapide pour les primo-consultants. Les CMP présents sur tout le territoire et assumant une responsabilité populationnelle doivent être équipés et s'organiser pour assurer cette mission, y compris avec des consultations hors-les-murs pour débiter les soins avant la survenue de la crise.
- le renforcement d'équipes mobiles de prévention des crises en lien avec les acteurs des Conseils locaux en santé mentale (CLSM), des CPTS, des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les centres hospitaliers et services d'urgences afin d'apporter un soutien en amont des crises ;
- le déploiement de la formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire et aux techniques de désescalade³ ;

¹ Source PsyCom.

² Source SNDS.

³ C'est-à-dire identifier et réduire les tensions pouvant conduire à des situations de violence, conformément à l'outil HAS « Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence ».

- les actions de sensibilisation menées dans le cadre des formations aux premiers secours en santé mentale (PSSM) ;
- l'adaptation des moyens en personnels selon l'intensité des soins délivrés par des unités de soins intensifs de psychiatrie à déployer sur les territoires non pourvus en Paca ;
- l'éducation thérapeutique des patients et des proches (groupes Pro-Famille) ;
- le développement des plans de crise conjoints avec la personne sur les actions à mener en cas de décompensation ;
- l'adaptation des lieux qui garantissent la liberté d'aller et venir des personnes, en adéquation avec les recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

2. Renforcer et structurer l'offre en santé mentale de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et améliorer sa lisibilité

- *Faciliter l'accès aux soins grâce à une meilleure lisibilité, au développement de l'« aller-vers » et à un recours plus pertinent aux dispositifs ambulatoires*

Tendre vers un accompagnement individualisé et personnalisé est un objectif prioritaire. Pour cela les DAC peuvent aider les professionnels de santé pour trouver des solutions de prise en charge. Cela implique que l'organisation des soins sur un territoire soit graduée et complémentaire pour permettre d'offrir des parcours de soins pertinents tout en garantissant un meilleur usage des ressources.

Pour ce faire, il s'agit :

- de cartographier l'offre en termes de structures, dispositifs, pratiques, expertises (les centres experts devant être plus sollicités), instances, projets, expérimentations, et cela dans tous les domaines de la psychiatrie et des dispositifs en santé mentale ;
- d'apporter des outils lisibles en termes de pratiques et d'offres ;
- d'inscrire, lors d'installations d'exercices coordonnés au sein des communautés de territoires, des projets en santé mentale et de déployer la télémédecine ;
- d'impulser et formaliser les coopérations interprofessionnelles au sein des territoires de santé.

A l'aune des coordonnateurs de parcours pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, un coordinateur de parcours santé mentale et de gestion des cas complexes va être déployé au sein du DAC des Hautes-Alpes, à compter de la fin de l'année 2023, afin de prendre en charge les ruptures de parcours et la nécessaire coordination ville-hôpital.

- *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*

Les centres d'accueil permanents (CAP) sont des lieux d'accueil, de soins, d'orientation ou d'hospitalisation des patients en état de crise pour une durée brève (entre 48h et 72h). Ils assurent aussi bien une permanence téléphonique que des consultations en urgence. Ces CAP permettent une collaboration entre psychiatres, pédopsychiatres et somaticiens. La coopération des équipes de psychiatrie et de somaticiens via les CAP et les équipes de liaison (et de pairs aidants) est une clé pour y parvenir : cette complémentarité de formations et d'expériences sécurise à la fois les usagers et les personnels.

Il s'agira donc :

- de renforcer la réponse en pédopsychiatrie au sein des urgences pédiatriques ;
- d'améliorer la régulation, la coopération entre professionnels de la psychiatrie, les somaticiens aux urgences (via le projet médical partagé du GHT) et une meilleure coordination des hôpitaux.

- Agir à tous les âges de la vie par des interventions spécifiques

- **Santé mentale et périnatalité**

Les périodes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont des périodes délicates et sources de grandes fragilités¹. Des vulnérabilités, sur le plan social, psychique et somatique peuvent apparaître, voire être exacerbées. Celles-ci peuvent être la cause de ruptures dans le parcours périnatal, au détriment de la santé globale de la mère et de celle de l'enfant à naître. L'association entre les troubles mentaux périnataux chez la mère et le fonctionnement psychologique de l'enfant au-delà de la période post-partum jusqu'à l'âge adulte a été prouvée scientifiquement².

16,7% des femmes présentent un risque accru de dépression pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

INSERM (2021), Enquête nationale périnatale

Le risque de décompensation et/ou développement des troubles psychiques est élevé : environ 1 père sur 10 est concerné, notamment en prénatal, et environ 1 mère sur 5 est concernée notamment en postnatal³.

L'objectif de la stratégie des 1 000 premiers jours⁴ est, notamment, de porter une attention particulière à la prévention et au dépistage des dépressions qui encadrent la naissance, en améliorant le repérage des besoins des parents et en luttant contre leur isolement.

Le parcours « 1 000 premiers jours » se construit autour de 3 moments clés :

- l'entretien prénatal précoce (EPP) qui constitue l'entrée dans le parcours ;
- le séjour à la maternité ;
- le retour à domicile et les premières semaines après l'accouchement.

Il s'agit donc de mettre en place une coordination des acteurs du sanitaire et du social au sein des territoires afin :

- d'impulser la mise en place d'équipes médico-psychosociales au sein des maternités avec une animation assurée par le réseau Méditerranée ;
- de développer des actions de prévention et de repérage avant la conception ;
- de formaliser une offre graduée (maillage d'équipes mobiles, unités de soins parents-bébé, capacités d'hospitalisation de jour) ;
- de développer l'offre d'équipes mobiles sur les territoires non couverts et l'offre en hospitalisation de jour sur les principaux centres ;
- de prendre en compte les besoins spécifiques en lien avec les situations de protection de l'enfance ;

¹INSERM (2021), Enquête nationale périnatale.

² Aktar E, Qu J, Lawrence PJ, Tollenaar MS, Elzinga BM, Bögels SM. Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents With Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Front Psychiatry*. 2019 Jun 27;10:391.

³ Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016 Feb 1;173(2):117-27.

⁴ Cf. Chapitre 1.

- de mettre en place un service d'accompagnement à la périnatalité et la parentalité des personnes en situation de handicap (SAPPH).
- **Santé mentale au cours de l'enfance**

Comme l'ensemble du territoire national, la région Paca est confrontée à une forte demande pour la prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant, d'une part parce que le nombre d'enfants touchés par des troubles du spectre autistique (TSA) est important (1 enfant sur 150 est concerné¹) et d'autre part parce que des troubles psychiques sont survenus suite à l'épidémie de la Covid-19 et ont aggravé une situation déjà problématique en termes de réponse aux besoins.

L'offre est aujourd'hui essentiellement concentrée sur les centres médico-psychologiques (CMP) et l'hospitalisation de jour pour le secteur sanitaire, et sur les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts médico-éducatifs (IME) et les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) pour le secteur médico-social. Les capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont largement insuffisantes en région Paca, notamment dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes, même si cette modalité de prise en charge doit rester l'exception.

Il faudra donc améliorer l'organisation de la prise en charge pour :

- améliorer la prise en charge des enfants présentant un trouble neuro-développemental par le respect des recommandations, via la formation ;
- réduire les délais d'accès à une prise en charge spécialisée ;
- articuler les actions sanitaires et médico-sociales avec les actions éducatives de l'Education nationale ;
- coordonner l'intervention d'une pluralité de professionnels et de services du fait de la complexité des pathologies présentées par la facilitation des échanges entre ces différents acteurs ;
- créer des dispositifs transversaux de concertation entre les différents secteurs de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie adulte avec les établissements médico-sociaux (ESMS) accueillant des enfants, des adolescents ou des adultes, implantés sur les mêmes aires géographiques, pour prévenir ou alerter en amont sur les quelques situations complexes accueillies au sein de ces ESMS pour lesquelles un besoin d'hospitalisation relativement court peut-être indiqué, notamment chez certains sujets porteurs de pathologies psychiatriques lourdes avec ou sans TND, avec ou sans TSA. Cette instance de concertation pourrait se réunir 2 à 3 fois par an avec les partenaires concernés, le but principalement recherché étant de limiter la détérioration des situations complexes accompagnées par les ESMS.

- **Santé mentale et adolescence**

Un adolescent est un mineur âgé de 12 à 18 ans. Jusqu'à la majorité civile, la prise en charge de ces publics spécifiques (jeunes/adolescents) est plus adaptée que la prise en charge en psychiatrie générale. L'objectif est d'améliorer la prise en charge de cette population et d'éviter les ruptures de parcours aux âges frontières.

¹ Source : la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau.

Il s'agit donc de :

- promouvoir la première entrée dans le système de soins en mobilisant le secteur libéral ou les maisons des adolescents (MDA) ;
- renforcer la dynamique partenariale entre la psychiatrie et les collectivités territoriales, l'Education nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse, l'Aide sociale à l'enfance, notamment à travers le développement de dispositifs conjoints (comme les Internats socio-éducatifs médicalisés pour adolescents – ISEMA) ;
- renforcer les démarches d'accompagnement à l'insertion ;
- promouvoir l'accès aux structures ambulatoires (CMP, CMPP, SESSAD) :
 - en articulant CMP et CMPP, qui appartiennent à deux champs distincts ;
 - 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 ;
 - en réduisant les délais d'accès à un premier rendez-vous ;
 - en favorisant les prises en charge hors CMP quand c'est possible.
- développer l'« aller-vers » en créant des équipes mobiles qui peuvent intervenir dans le secteur médico-social, social et à domicile ;
- dynamiser le dispositif des « accueils familiaux thérapeutiques » (AFT) 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.

L'accueil familial thérapeutique (AFT) s'adresse à des personnes suivies en psychiatrie qui ne peuvent pas, momentanément ou durablement, vivre seules, ou pour qui le retour à domicile n'est pas envisageable. Cette modalité particulière d'hospitalisation à temps plein permet notamment à la personne d'améliorer son autonomie, ses capacités relationnelles et de bénéficier de soins. L'orientation vers un AFT est proposée par l'équipe de secteur psychiatrique qui suit la personne. L'AFT fait partie de l'offre publique de soins en psychiatrie.

- améliorer la prise en charge en hospitalisation temps plein des adolescents ;
- prévenir l'orientation vers l'hospitalisation complète d'adolescents pour lesquels cette prise en charge n'est pas adaptée ;
- améliorer la prise en charge aux urgences et en pédiatrie et renforcer les équipes de liaison ;
- mener, lors de toute restructuration architecturale des services de pédiatrie, une réflexion sur l'accueil des adolescents ;
- développer une offre adaptée de pédopsychiatrie à la prise en charge des adolescents en crise par les réponses les plus appropriées au contexte local en permettant la réouverture des services fermés en psychiatrie infanto-juvénile ;
- articuler pédopsychiatrie et psychiatrie générale et inscrire cette articulation dans chaque projet d'établissement autorisé en psychiatrie pour :
 - développer l'accompagnement des enfants dont l'un des parents a un trouble psychique grave ;
 - assurer le relais de prise en charge de l'adolescence vers l'âge adulte.
- articuler pédopsychiatrie et médecine générale :
 - par la formation des médecins généralistes et des pédiatres ;
 - en donnant de la visibilité aux dispositifs de soins ;
 - en informant le médecin traitant de façon systématique sur la prise en charge proposée aux adolescents ;
 - en mettant en place de la télémédecine.

▪ Santé mentale et addictologie

L'objectif est d'articuler la pédopsychiatrie et l'addictologie (du fait de consommation de cannabis et de jeux vidéo) en proposant une prise en charge conjointe, articulée et doublement spécialisée. Il s'agira, par exemple, de recourir plus facilement aux « consultations jeunes consommateurs » accolées aux Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

De manière générale, repérer en psychiatrie les addictions (utilisation des outils de dépistage rapide de la Haute Autorité de santé « interventions brèves ») et mieux prévenir les troubles psychiques en addictologie constitue un objectif du PRS dans le cadre de la prise en charge de ces deux pathologies. Cela passe par une meilleure collaboration entre les équipes au sein des hôpitaux (grâce aux équipes de liaison en addictologie par exemple) et entre les médecins généralistes et les spécialistes de l'addictologie en ville (via les microstructures).

La filière de soins en addictologie sera déclinée dans une feuille de route régionale.

Dans le cadre de la lutte contre les addictions, le Codes des Hautes-Alpes travaille à la mise en œuvre d'un réseau prévention en lien avec les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSPA) du département des Hautes-Alpes. Le maillage territorial sanitaire, social et associatif est un élément majeur du paysage dans le domaine des addictions, tandis que la cohésion des différents acteurs est essentielle pour améliorer le quotidien des patients et accompagner leur parcours. La réponse commune à l'appel à projet de l'ARS et le réseau déployé sont uniques sur le territoire de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

▪ Santé mentale et gériatrie

L'objectif est de mettre en place une filière intégrée de prise en charge gérontopsychiatrique pour chaque territoire de santé.

Une filière intégrée devrait comprendre :

- une unité de psychiatrie de court séjour dotée d'une équipe pluridisciplinaire pour évaluer, instaurer un programme de soins et équilibrer les traitements (séjours de rupture) ;
- un hôpital de jour de psychiatrie spécialisé dans la prise en charge du patient âgé, en lien avec les services et les hôpitaux de jour de gériatrie ;
- une équipe mobile de psychiatrie du patient âgé intervenant dans les Ehpad et/ou à domicile.

- Engager les établissements dans la participation au réseau des urgences

L'instruction DGOS 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie mentionne que « *tout établissement autorisé à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence doit participer ou mettre en place un réseau avec d'autres établissements de santé publics ou privés qui contribuent à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens. Les établissements de santé autorisés en psychiatrie devront donc participer à ce réseau et pourront, le cas échéant en être membres. Lorsque les établissements de santé autorisés en psychiatrie participent au réseau des urgences sans en être membres, ils peuvent être sollicités ponctuellement pour la prise en charge de patients en urgence. La participation de l'établissement au réseau des urgences est décrite dans le dossier de demande d'autorisation. Si l'établissement est membre du réseau, la convention constitutive du réseau est jointe* ».

Il pourra être fait appel ponctuellement à l'article L6122-7 du code de santé publique, dans un objectif de participation d'un ou plusieurs établissements à la permanence des soins. L'octroi d'une autorisation pourra être également subordonnée à la mise en œuvre de mesures de coopération.

- *Développer la filière psychiatrique du service d'accès aux soins (SAS)*

Le service d'accès aux soins¹ a vocation à être complété par un service d'accès aux soins psychiatriques grâce à une régulation téléphonique permettant d'offrir une réponse aux demandes de soins psychiatriques des usagers, des familles ou des professionnels de santé, suivie d'une orientation adaptée à la situation de la personne, dans un délai rapide. La possibilité d'ouvrir cette filière psychiatrique est dorénavant offerte aux territoires, à l'issue des Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie.

- *Soutenir la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale*

Le développement de la recherche en psychiatrie et en santé mentale est un enjeu d'avenir pour les patients et la discipline. Les établissements hors CHU accueillent la majorité des patients de psychiatrie, mais ne représentent qu'une petite partie des programmes de recherche. Ce cloisonnement nuit à l'attractivité de ces établissements et à l'inclusion d'un nombre important de patients dans les études.

Le soutien des pouvoirs publics au développement de la recherche se traduit notamment par la mise en place d'un compartiment dédié à la « structuration de la recherche », au sein du nouveau mode de financement de la psychiatrie.

Il faudra accompagner la création d'un dispositif d'animation territoriale de la recherche. Ce dispositif devra fédérer largement les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, et en particulier les établissements de tous statuts.

3. 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

- *Délivrer une information lisible et compréhensible sur les dispositifs existants et sur les droits des usagers, les directives anticipées et l'éducation thérapeutique*

Les centres ressources, tels les centres régionaux du psychotraumatisme, centres experts schizophrénies et dépressions résistantes, etc., adossés à des établissements de santé ont vocation à intervenir sur certaines spécificités de la maladie avec des approches adaptées aux pathologies/troubles. Ces centres ont également une mission d'information et de formation.

Il s'agit donc d'améliorer la connaissance de ces centres ressources, auprès des professionnels de santé, réseaux, ou autres structures en lien avec du public, afin d'améliorer l'orientation des patients concernés.

Outre la diffusion de supports de communication à destination des acteurs et des usagers, les professionnels de ces centres ressources devront être associés aux instances territoriales de concertation (PTSM /CLSM).

¹ Cf. Chapitre 2.

- *Renforcer la place des personnes directement concernées par la maladie et des usagers en tant qu'acteurs de la santé mentale*

La question de la place de la personne vivant avec un trouble psychique et de ses aidants, les restrictions de libertés, la stigmatisation sont des points de fragilité qui peuvent induire des ruptures de parcours et nuire à la qualité de vie et au rétablissement de la personne.

Afin de renforcer le « pouvoir d'agir » des personnes, il s'agira de :

- développer et faire connaître les outils de gestion de la maladie co-construits avec les personnes tels que les plans de crise, les plans d'actions de rétablissement et de bien-être, les directives anticipées ;
- développer les programmes de psychoéducation à destination des personnes et des familles ;
- renforcer la place des personnes directement concernées par la maladie en tant qu'acteurs de la santé mentale ;
- impliquer les usagers dans l'évaluation de la qualité de leur prise en charge ;
- déployer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ainsi que les collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP), et leur donner davantage de visibilité.

Les GEM et les CEISP sont des dispositifs qui offrent un lieu d'échanges, d'activités et de rencontres et qui facilitent la réinsertion sociale et professionnelle.

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

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement et d'une perte de capacité à réaliser les actes ou à prendre des décisions de la vie quotidienne. Elles sont confrontées aux effets secondaires des traitements, à l'imprévisibilité des troubles et à une forte stigmatisation. Cela nécessite de reconstruire autour de la personne un environnement favorable afin de répondre à ses besoins fondamentaux. Il faut donc accompagner les personnes à mobiliser leurs capacités pour amorcer une transformation dans leurs rapports et relations, et renforcer leur « pouvoir d'agir ». Cela passe par la défense de leurs droits fondamentaux, leur participation à l'élaboration de leur projet de soins et de vie, et par un accès à une information sur la maladie.

Il s'agit donc d'intégrer la notion de « droits des patients » dans les cursus des futurs professionnels exerçant en santé mentale et psychiatrie en développant des formations spécifiques.

Par ailleurs, 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. Cela concerne les soins sans consentement, la mise à l'isolement, les mesures de contention physique ou chimique et les services fermés.

Pour améliorer ces pratiques, les objectifs seront :

- la prise en compte de la personne et de son entourage et l'encouragement à l'autogestion de la maladie ;
- l'information de la personne sur les restrictions imposées et les modalités de recours ;
- le recueil systématique du vécu de la personne lors de la levée des mesures de restriction ;
- le renforcement de la place de la personne de confiance ;
- l'amélioration du suivi post-hospitalisation ;
- l'inscription dans les projets médico-soignants des GHT de la politique d'alternatives à l'isolement et la validation auprès des instances représentatives des établissements de cet axe de travail et son évaluation

- l'amélioration des conditions matérielles des chambres d'isolement, ainsi que l'aménagement d'espaces d'apaisement.

Plus généralement, une réflexion de fond doit être menée sur l'évolution des soins sans consentement.

4. A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins et d'accompagnement dans la cité et en établissement.

- o *Faire face à l'augmentation de fréquence des troubles psychiques et des comorbidités associées, malgré les tensions en termes de ressources humaines*

Notre région est marquée par des inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires et par une précarité sociale, laquelle constitue un facteur de risque de pathologie mentale. Par ailleurs, les réponses mises en œuvre sont également hétérogènes dans les territoires. Il s'agit d'adopter une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des Projets territoriaux de santé mentale, et de s'inscrire dans une dynamique d'« aller-vers ».

Pour ce faire, il s'agira :

- de favoriser la prise en charge en ville en renforçant les liens entre les services de pédopsychiatrie, de psychiatrie avec les médecins généralistes, pédiatres, en ayant la possibilité de mettre en place une « filière » santé mentale avec les CPTS ;
- de consolider, au sein des projets territoriaux de santé mentale, des organisations capables de définir une complémentarité lisible et fluide entre les acteurs et les dispositifs du territoire ;
- d'intégrer les nouveaux métiers (gestionnaire de cas, job coaching, coordinateur de parcours) dans les hôpitaux ou au sein des dispositifs médico-sociaux.
 - o *Eviter les hospitalisations et prévenir l'institutionnalisation par une prise en charge précoce et adaptée*

Afin de prévenir la chronicisation¹ des prises en charge des personnes, il est primordial d'apporter des réponses multiples et d'adapter l'intensité et la durée des accompagnements hors institutions. L'organisation des soins de manière graduée doit permettre d'offrir des parcours plus pertinents aux patients tout en garantissant un meilleur usage des ressources sur le territoire.

Il s'agira donc de permettre :

- l'insertion dans la vie sociale des personnes souffrant de maladies psychiques (habitat adapté, promotion des compétences, reconnaissance de la pair-aidance) ;
- la mise en place des dispositifs d'accompagnement de retour au domicile en lien avec les acteurs du territoire ;
- la création d'une nouvelle offre en termes d'accès et de maintien dans un logement, un travail, une communauté.
 - o *Mettre en place une politique visant à limiter l'entrée en établissement*

Afin de limiter les traitements au sein d'institutions de soins, il est important de favoriser la mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à

¹ La chronicisation est un processus par lequel une situation, un problème ou une maladie évolue vers un état chronique.

l'hospitalisation pour maintenir l'usager au sein de la cité. Les temps d'hospitalisation ne doivent représenter que des étapes d'un parcours plus global.

Pour y répondre il s'agit :

- de mettre en place, via les circuits existants et les réseaux de soins, une collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail et du logement social ;
- de définir le parcours de soins de la personne en travaillant à une prise en charge davantage ambulatoire, relevant de dispositifs de droits communs ;
- de bénéficier de dispositifs de soins ambulatoires tels que les équipes mobiles tournées vers le rétablissement ;
- de développer en priorité les dispositifs permettant le maintien dans le milieu le plus proche du milieu ordinaire. Des modèles comme ISEMA, « IME renforcés », « Un Chez soi d'abord » doivent être promus.

L'ISEMA a pour vocation à prendre en charge les mineurs issus de la Protection de l'enfance, présentant des difficultés cumulées sur les plans psychologique, psychiatrique, éducatif, scolaire, familial, social et parfois judiciaire, et mettant en échec l'ensemble des dispositifs de prise en charge. Cette structure expérimentale s'adresse donc à des adolescents pour lesquels il y a mise en échec des projets institutionnels, compte tenu des problématiques multiples se manifestant par des troubles graves du comportement, associés à des éléments psychopathologiques plus importants que ceux justifiant un placement en ITEP, sans pour autant relever d'un accueil permanent en structure exclusivement sanitaire.

5. Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique

Les efforts devront porter vers :

- une meilleure prise en charge somatique en développant les liens avec le médecin traitant (15% des personnes avec troubles sévères n'ont pas de médecin traitant¹) ;
- l'organisation de consultations de médecine générale et de spécialités dans les établissements psychiatriques (présence de somaticiens dans les établissements psychiatriques) ;
- l'amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses et la surveillance de leurs effets secondaires en respectant les recommandations ;
- la promotion d'actions préventives spécifiques (activité physique dans les programmes d'éducation thérapeutique, consultations de tabaccologie et addictologie) ;
- l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques aux urgences et dans les services MCO.

6. Développer les actions de prévention du suicide

Le suicide est un phénomène qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs. Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire sont les principaux facteurs de risque, surtout chez les jeunes.

Il s'agira donc :

- de conforter le réseau Asma qui s'inscrit directement dans la stratégie multimodale de prévention du suicide visant à améliorer la prise en charge des adolescents ;

Sur la période 2017-2019, la létalité après hospitalisation pour tentative de suicide s'élevait à 14,1 pour 1 000 en Paca, chiffre plus élevé que celui observée en France métropolitaine.

Benton TD, Muhrer E, Jones JD, Lewis J. Dysregulation and Suicide in Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021 Apr;30(2):389-399

¹ Source : SNDS

- de créer une cartographie des lieux à risque pour développer, dans ces lieux, des actions de prévention collectives et individuelles ;
- d'améliorer la connaissance des professionnels et du grand public du numéro national de prévention du suicide (3114) et du dispositif Vigilans ;
- d'accompagner les structures dans la mise en place de plans de prévention de la contagion (postvention) permettant de limiter les répercussions de tels événements ;
- de déployer le dispositif de formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention en crise suicidaire à destination des citoyens, des professionnels de santé ainsi que des professionnels œuvrant dans l'accueil des personnes en crises (par exemple, milieu pénitentiaire) ;
- de renforcer l'accès aux psychologues de ville.

A noter que la MSA participe très activement au plan gouvernemental de lutte contre le mal-être agricole. A ce titre, elle s'est vue confiée par les préfets le pilotage des comités départementaux. Elle met en œuvre un numéro spécifique, Agri'écoute, qui permet de compléter l'offre proposée par les dispositifs Asma et Vigilans.

7. Accompagner les évolutions des pratiques avec l'appui des outils numériques

Le numérique touche tous les domaines de la vie quotidienne, y compris celui de la santé mentale. De l'information médicale à la coordination des parcours de soins, en passant par les applications de prévention du mal-être, le dossier médical partagé, l'entraide mutuelle en ligne, le partage des savoirs ou les téléconsultations, le numérique contribue à changer notre façon d'interagir et de prendre soin de notre santé. Même si les outils numériques n'ont pas vocation à remplacer l'humain, les acteurs de santé ont souligné les apports du numérique dans leurs pratiques, pour :

- apporter une nouvelle vision de la santé mentale, plus moderne, avec un accès facilité ;
- améliorer la prévention en développant les outils interactifs, les auto-évaluations, les applications dédiées à l'observance, y compris dans le domaine de l'addiction ;
- développer une approche innovante de la détection des troubles par des outils de détection de signaux faibles ;
- faciliter l'accès aux soins : renforcer l'information des patients et des proches, réduire l'isolement de certains patients entravant leur accès aux soins (télésanté) ;
- améliorer les possibilités d'une continuité et d'une régularité dans le suivi ;
- développer les outils numériques de formation en santé : e-learning, Mooc (formations en ligne ouvertes à un large public) ;
- mieux répartir les compétences sur le territoire en identifiant des psychologues et psychiatres libéraux à l'échelle de la région pour lesquels des modalités de coopération/contractualisation entre les hôpitaux, les structures médico-sociales, les CPTS doivent être amorcées.
 - ⇒ Afin que les psychiatres assurent une fonction d'experts superviseurs et référents sur des actions de télémédecine.
 - ⇒ Afin que des psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, apportent un renfort au sein des hôpitaux.

8. Favoriser l'évolution des organisations et des métiers pour accroître l'attractivité dans le champ de la psychiatrie

Les objectifs seront de :

- développer la formation à la connaissance des troubles psychiques notamment auprès des médecins généralistes afin d'assurer une meilleure prise en charge somatique et d'améliorer la qualité des prescriptions de psychotropes ;

- développer les formations de médiateurs pairs à destination des usagers ;
- accompagner les institutions et les établissements à la prise en compte de la parole des usagers ;
- développer la formation d'infirmiers en pratique avancée (IPA) « santé mentale » et poursuivre leur intégration ainsi que celle des psychologues dans les équipes ;
- encourager au sein des structures l'émergence de nouveaux métiers liés aux parcours des personnes et de leur famille. Ce déploiement pourra être accompagné par une montée en compétences managériales des chefs de pôle et par la consolidation d'un binôme médical/administratif.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide	7 100	6 800	6 500
Délais d'attente en centre médico-psychologique	Disponible en début d'année 2024	En diminution	
Nombre de secouristes en santé mentale	Non disponible	1500	3000
Nombre d'équivalent temps plein (ETP) de médecins pédopsychiatres en établissement de santé	143	150	160
Nombre d'infirmier(e)s en pratique avancée en psychiatrie	34	70	100
Taux de patients ayant vu un psychiatre libéral ou médecin généraliste en amont/aval d'une hospitalisation en psychiatrie	87%	90%	95%
Nombre de journées d'hospitalisation pour soins sans consentement	263 817	250 000	240 000
Part de la population couverte par un contrat local de santé mentale	35%	40%	45%

CHAPITRE 6

Comment améliorer la coopération des acteurs en santé ?

Les acteurs en santé sont multiples et leur coopération est un enjeu stratégique à poursuivre pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

Les groupes de travail réunis dans le cadre des travaux du PRS 3 se sont accordés sur la définition suivante de la coopération : « *La coopération en santé consiste en l'interaction de tous les acteurs concernés, d'horizons professionnels et personnels divers, pour s'entraider, partager de bonnes pratiques, des compétences et des outils, agir en complémentarité, dans un cadre structuré et de manière efficiente afin d'atteindre un but commun : la bonne santé individuelle et collective pour les patients et plus largement pour la population de la région.* »

Une cartographie des acteurs de la santé a été partagée ([voir annexe 2](#)). Si elle doit rester évolutive, cette cartographie permet de souligner la diversité et de visualiser les différents types d'acteurs de santé qui sont amenés à coopérer ensemble, notamment :

- la personne / le patient, qui est au cœur des coopérations entre acteurs de santé et son entourage / ses aidants ;
- les professionnels et/ou organisations de santé (prévention, soins de ville et hospitaliers, médico-social, social), et les représentants de ces professionnels et usagers, qui interviennent sur un niveau territorial défini ;
- les institutions qui soutiennent le cadre d'activité : financeurs, tutelles, collectivités locales, organismes de formation, centres experts ou pôles de compétences.

Il convient de souligner la dynamique de coopération déjà existante dans notre région entre ces acteurs, avec notamment :

- 6 Groupements hospitaliers de territoire (GHT), couvrant les six départements de la région et réunissant les établissements de santé publics ;
- 3 pôles publics privés ;
- 52 Groupements de coopérations sanitaires (GCS) ;
- 9 Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour aider à la coordination des parcours complexes tous publics, 2 dispositifs spécifiques régionaux concernant la périnatalité et l'oncologie, ainsi que les dispositifs experts régionaux, dédiés à la réponse pour certains parcours thématiques (endométriase) ;
- 73 projets de Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pour les acteurs de proximité. Actuellement, 47 CPTS ont signé un accord conventionnel interprofessionnel avec l'Assurance Maladie et l'ARS ;
- 6 Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ;
- 6 Contrats locaux de santé (CLS) et 15 Conseils locaux en santé mentale (CLSM) ;
- 7 plateformes de coordination et d'orientation pour soutenir les parcours des enfants avec des troubles neuro-développementaux ;
- 6 communautés 360° qui ont vocation à fédérer les acteurs spécialisés et de droit commun afin de rechercher des solutions concrètes à toute personne en situation de handicap au plus près de son lieu de vie ;
- 33 projets d'expérimentation menés sur le fondement de l'article 51 de la loi n°2017-1836 du 30/12/2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.
- 16 centres de ressources territoriaux (anciennement nommé « EHPAD hors les murs ») ;
- 7 Groupements de coopération sociale et médico-sociale ;
- Les instances de démocratie sanitaire : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les 6 Conseils territoriaux de santé (CTS).

LES ENJEUX A LONG TERME

La coopération est une force essentielle qu'il convient de soutenir et de nombreux leviers sont déjà à disposition des acteurs de la santé. L'enjeu est ainsi d'encourager l'esprit de coopération de l'ensemble des acteurs de santé et d'améliorer les dispositifs qui le soutiennent afin de renforcer la cohérence entre les différentes missions et interventions des acteurs de santé, au service d'un objectif commun et partagé : l'amélioration de l'état de santé de la population et des prises en charge du patient.

- **Encourager les synergies entre les acteurs et développer la culture de la coopération.**

La diversité des acteurs et la dynamique de coopération déjà en place sont une force du système de santé. Mais les approches restent encore trop cloisonnées entre la médecine libérale, l'hôpital, le médico-social, etc. au détriment de la qualité de la prise en charge du patient et de la santé de la population. Pour y remédier, les synergies entre acteurs et dispositifs doivent être encouragées dans chaque territoire.

La formation initiale comme la formation continue privilégient encore souvent des cultures métiers très fortes. Elles devront évoluer pour favoriser la culture de la coopération.

- **Considérer l'usager comme un acteur des coopérations et renforcer son pouvoir d'agir sur sa santé**

L'usager du système de santé apparaît aujourd'hui comme insuffisamment acteur de son propre parcours de santé. Des initiatives ont montré toute la pertinence d'impliquer le patient comme partenaire de sa santé aux côtés des autres acteurs de santé.

- **Soutenir et consolider les coopérations entre acteurs de santé**

Cette nouvelle impulsion donnée à la coopération vient s'appuyer sur les dispositifs déjà en place comme les GHT, les CPTS, les CLS, les DAC et autres PTSM, dont la constitution soulignait déjà la nécessité d'encourager, mais aussi de soutenir et de structurer les coopérations entre acteurs de santé.

Le contexte de la pandémie a permis de rapprocher les intervenants des secteurs de la ville, du sanitaire et du médico-social, et d'ouvrir à des modalités d'intervention inhabituelles jusque-là, moins « formelles » et plus directes. Au cours de cette période, la fluidité des parcours a été permise grâce à l'extraordinaire mobilisation de tous les acteurs de santé autour de l'objectif commun qui était de faire face à ce défi de santé publique.

Le Conseil national de la refondation en santé (CNR-S) a permis de nourrir cet élan en organisant dans toutes les régions des réunions de concertation locales afin d'identifier besoins et solutions concrètes à soutenir depuis les territoires. Dans un contexte de ressources rares en termes de personnel, cette nécessité est d'autant plus prégnante aujourd'hui.

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- Les acteurs de santé se connaissent sur chaque territoire ou autour de chaque thématique de santé publique. Ils connaissent les missions des autres acteurs, leurs modes de fonctionnement, leurs complémentarités et leurs contraintes.
- Les acteurs de santé disposent d'une visibilité et d'une bonne compréhension des dispositifs de coordination et des outils juridiques disponibles pour soutenir leurs coopérations (contrats, chartes, etc.).

- Les acteurs de santé sont formés à la culture de la coopération.
- Les professionnels et les organisations de santé impliquent le patient et ses aidants dans les projets de soins.
- Les professionnels de santé et les patients connaissent et utilisent les outils numériques pour partager leurs informations.
- Les acteurs de santé définissent des projets en commun, avec des actions à mener en partenariat.
- Les professionnels de santé intègrent dans leurs pratiques les modalités de coopération comme les protocoles de coopération¹ et les pratiques avancées.
- L'ARS soutient les innovations dans les modalités de travail favorisant la coopération et consolide les dynamiques lancées au travers de la démarche du CNR santé, ou des expérimentations régionales comme nationales.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Faciliter la connaissance des acteurs de santé en région et l'esprit de la coopération

De fortes attentes ont été exprimées afin de créer les conditions d'une meilleure connaissance des acteurs entre eux et de leur rôle au service de l'utilisateur, sur un territoire donné. Cette interconnaissance, pouvant intervenir dès la formation initiale, serait facilitée par la création d'espaces de partage. L'objectif est également que les acteurs s'inscrivent dans une dynamique de coopération, à travers quelques grands principes directeurs.

○ *Améliorer la connaissance des acteurs de la santé en région*

- Elaborer et diffuser une cartographie des acteurs de la santé en région.
- Promouvoir et développer les usages des services numériques nationaux et régionaux présentant l'offre de soins sur les territoires, notamment Sante.fr et le Répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- Prévoir l'accueil des nouveaux arrivants (étudiants, diplômés, remplaçants) et leur présenter la cartographie des acteurs de la coopération territoriale.

○ *Promouvoir la culture de la coopération lors des formations initiales et continues*

- Développer les modules communs au sein des formations initiales sanitaires et médico-sociales.
- Développer des actions de formation aux méthodes de co-construction.
- Faire connaître les réseaux existants issus des acteurs de la coopération territoriale pendant les stages de formation.

¹ Cf chapitre 2 « Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » page 22

- Proposer un programme de formation associant les différentes professions et le partenariat patient.

Proposer un programme de formation associant les différentes professions et le partenariat patient dans notre région

Sous l'impulsion de l'Université Côte d'Azur et avec la contribution d'Aix Marseille Université, 40 formateurs (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, travailleurs sociaux...), co-conçoivent avec des patients et des étudiants un programme pédagogique commun visant les compétences prioritaires sur les collaborations et le partenariat avec les patients. Les premiers enseignements de ce programme « iES-Collab » dans les parcours pédagogiques sont prévus pour la rentrée 2024.

- o *Animer un réseau d'acteurs en santé autour des thématiques de santé publique*
- Renforcer le rôle de l'ARS pour impulser et rendre opérationnelle la coopération entre les partenaires de santé sur les territoires, ainsi qu'entre les services de l'Etat, l'Assurance Maladie et les collectivités locales.
- Associer et mobiliser les instances de démocratie sanitaire régionale (CRSA) et départementales (CTS) en soutien aux dynamiques de coopération.

Soutenir et promouvoir l'esprit de la coopération : 7 règles d'or de la coopération en santé

La volonté de coopérer a été identifiée comme l'un des facteurs clés de la coopération. En effet, toute structure, moyen ou organisation dédiés à la coopération ne sauraient suffire sans le souhait ni l'engagement concret des parties à coopérer. C'est ainsi qu'ont été rédigées les règles d'or de la coopération en santé à l'occasion d'un atelier participatif réunissant 70 professionnels et représentants d'usagers de la région, lors des Agoras de l'ARS Paca. Ces « règles d'or » ne visent pas à l'exhaustivité et peuvent naturellement être débattues et enrichies au fil du temps. Elles représentent toutefois les grands principes et recommandations de bonnes pratiques identifiées spontanément par les acteurs afin que la coopération soit possible et efficace.

1. INCARNER LES VALEURS QUI PERMETTENT LA COOPERATION

- Faire preuve de respect, de bienveillance et d'écoute
- Soutenir la confiance, la transparence et la sincérité dans les échanges
- Développer le savoir-être, l'optimisme, la convivialité, l'envie, l'ouverture d'esprit et l'intérêt pour le collectif

2. SE CONNAITRE MUTUELLEMENT

- Apprendre à se connaître mutuellement
- Se connaître soi-même et se faire connaître auprès des partenaires
- S'intéresser à l'autre, se rencontrer, se réunir, créer du lien
- Contribuer à l'actualisation des annuaires partagés

3. RENFORCER ET CAPITALISER SUR NOS COMPLEMENTARITES

- Définir les rôles de chacun en prenant en compte leurs spécificités, forces et contraintes
- Assumer de prendre sa part et de solliciter en complément les compétences de ses partenaires
- Identifier/cibler les ressources et compétences disponibles/manquantes sur le territoire et dans chaque domaine

4. COMMUNIQUER EFFICACEMENT

- Partager un langage commun et adapté à chacun de ses interlocuteurs (expliquer les acronymes, les termes techniques, ...)
- Construire et partager une culture commune au sein de son réseau de coopération (partager les idées, les informations, les moyens...), au besoin en développant des outils spécifiques
- Dépasser les désaccords par la promotion de méthodes telles que la communication non violente
- Organiser des dialogues partagés, des échanges et utiliser des méthodes d'animation encourageant la réciprocité, la participation et l'intelligence collective. Convenir des règles de bonnes pratiques de communication numérique au sein du réseau de coopération

5. PARTAGER ET FAIRE VIVRE UN PROJET COMMUN :

- Définir notre cap collectif, nos objectifs et intérêts partagés, et se rappeler la finalité ultime de contribuer à améliorer la santé de la population et le respect de l'intérêt du patient
- Définir une unité de lieu et d'action (un territoire, une thématique, etc.) qui nous rassemble et nous engage collectivement
- Partager un même diagnostic et les connaissances utiles à notre coopération

6. FORMALISER/ STRUCTURER LES COOPERATIONS

- Coécrire nos règles de fonctionnement collectif (charte, convention, etc.)
- Définir clairement le cadre de la coopération (ses objectifs, ses moyens, les rôles de chacun, les structures d'animation et une gouvernance bien établie, etc.)
- Identifier les outils nécessaires à la coopération (numériques) ainsi que les outils juridiques
- Evaluer les avancées relatives aux objectifs de la coopération

7. MOBILISER LES MOYENS QUI SOUTIENNENT LA COOPERATION

- Mobiliser du temps dédié à la coopération et identifier des moments partagés ainsi qu'un lieu dédié
- Identifier les moyens nécessaires pour soutenir la coopération (humain, financier, etc.)
- Disposer d'outils de communication numériques faciles et sécurisés, permettant aussi des échanges asynchrones

2. Faciliter la communication entre les acteurs de santé en mobilisant les outils numériques

Les acteurs de santé souhaitent que les échanges entre professionnels soient facilités et fluides. Un besoin d'appui a été exprimé afin de disposer d'outils de communication numériques simples, faciles d'utilisation, permettant d'échanger de manière dématérialisée et sécurisée, pour tout le monde et dans tous les secteurs.

- *Faciliter les échanges entre les professionnels de santé pour améliorer et accélérer la prise en charge des patients*
- Développer les lignes téléphoniques dédiées et directes par spécialités (« hotlines » dans les établissements) afin de faciliter l'accès des professionnels de ville aux établissements de santé.

L'exemple de l'annuaire des services du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence

- Un accès direct à un praticien pour chaque service de l'hôpital grâce à un numéro dédié
- Une identification des services ayant mis en place la téléexpertise
- Une information régulière à destination des professionnels de ville
- Une hotline gériatrique pour fluidifier l'aval

- *Mettre à disposition des professionnels une offre de services numériques (formation, accompagnement et outils) favorisant la coopération*
- Améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles (Dossier médical partagé (DMP), Messagerie sécurisée de santé (MSS), e-parcours, etc.) dans les outils que les professionnels de santé utilisent au quotidien (par exemple le dossier patient informatisé dans les établissements de santé).
- Clarifier l'offre de services numériques à disposition des acteurs de santé.
- Favoriser l'utilisation des outils régionaux (e-Parcours, Via Trajectoire, etc.) afin de dynamiser les coopérations.
- Garantir l'interopérabilité de ces services régionaux avec les logiciels des professionnels, et leur connexion directe avec les services numériques du Ségur (DMP, MSS, Identité nationale de santé et ProSantéConnect) en lien avec l'Espace Santé de l'utilisateur, pour assurer le partage des documents de santé clés du parcours de soins (comptes rendus de biologie ou d'imagerie, lettre de liaison, etc.).

3. Mieux intégrer la personne concernée comme un partenaire des coopérations : passer de la santé « pour » à la santé « avec »

Toute personne a un rôle central dans la coordination des actions de santé qui la concernent : elle a une vision complète des différentes interventions de prévention, d'accompagnement et de soins. Elle transmet de l'information entre les professionnels de santé. Son implication dans les instances de décision contribue à l'amélioration de la pertinence des réponses aux besoins de la population.

- *Prendre en compte l'expérience patient dans la relation à la santé / aux soins*
- Améliorer le niveau d'information sur le système de santé en amont de l'entrée dans le soin.
- Valoriser l'alliance thérapeutique entre le professionnel de santé et la personne concernée.
- Promouvoir les réunions des collectifs de patients volontaires pour se rencontrer.

- *Reconnaître l'apport des patients-partenaires dans les parcours de santé*
 - Informer/former (y compris à travers la valorisation des acquis de l'expérience) les personnes concernées et les professionnels de santé, médicaux et non médicaux, sur l'existence des patients-partenaires.
 - Expérimenter des modalités de reconnaissance des métiers du partenariat patient.
 - Faire rencontrer les propositions et les besoins, en facilitant les mises en relation, par exemple au travers d'une « bourse des rencontres autour du partenariat patient ».
 - Evaluer et faire connaître les apports du partenariat patient, et créer des espaces de partage d'expérience sur celui-ci.
- *Intégrer la prise en compte de l'expérience patient dans les gouvernances des structures et des projets de santé*
 - Faire vivre les représentations d'usagers dans les instances de gouvernance des établissements ou de démocratie sanitaire et accompagner l'extension de la participation des usagers dans de nouveaux espaces (CNR territoriaux, structures d'exercice coordonné, services d'appui à la coordination, etc.).

4. Mobiliser les moyens qui soutiennent les coopérations, en reconnaissant l'implication des acteurs et en optimisant l'utilisation du cadre juridique

Les acteurs reconnaissent que les outils existent : la priorité consiste à les faire connaître et à mieux les exploiter. Les nouveaux métiers de coopération constituent à ce titre un réel enjeu pour faciliter les mises en relation entre acteurs, au bénéfice de l'utilisateur du système de santé.

- *Reconnaître le temps de la coopération et valoriser les métiers propres à la coopération*
 - Garantir la reconnaissance des temps collectifs dédiés à la coopération dans les modèles économiques.
 - Développer les métiers propres à la coordination des interventions, notamment dans le cadre des parcours complexes.
 - Accompagner l'accueil des infirmières et infirmiers en pratique avancée et leur mobilisation dans les territoires.
 - Déployer largement les protocoles de coopération entre professionnels de santé en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social.
- *Bien mobiliser l'ensemble des dispositifs de coordination existants*
 - Augmenter la couverture territoriale des dispositifs de coordination tels que les CPTS, les dispositifs dédiés aux parcours complexes, etc.
 - Renforcer et légitimer le rôle des CLS comme pivot d'articulation des politiques de prévention en lien avec les autres dispositifs locaux de coordination (CLSM, CPTS, ASV, DAC, etc.). Le champ d'intervention des CLS pourra être étendu aux politiques de soins et à l'accompagnement médico-social. Les CLS soutiennent la mobilisation des acteurs et la prise en compte des besoins des territoires dans l'adaptation et la complémentarité des projets développés localement.

- *Mieux faire connaître les dispositifs de coopération et les outils juridiques existants pour bien les mobiliser*
 - Mettre à disposition des acteurs un guide des coopérations visant à mieux identifier les dispositifs existants.
 - Proposer une boîte à outil destinée à identifier plus facilement le support juridique adapté au type de coopération souhaitée (conventions types, groupement de coopération sanitaire, etc.).
 - Faire évoluer dans un cadre juridique sécurisé les modèles de coopération existants (par exemple entre la médecine de premier recours et l'hôpital dans le cadre de la réponse aux soins non programmés).
- *Consolider la dynamique des groupements hospitaliers de territoires et encourager les coopérations public/privé lorsque celles-ci sont justifiées*
 - Etablir une stratégie territoriale claire, portée par le comité stratégique de chaque GHT, pour répondre aux priorités de santé du territoire et en garantissant un accès aux soins pour tous
 - Mobiliser tous les leviers (financiers, juridiques, etc.) dans une logique de complémentarité et non de concurrence (soutien aux projets d'investissement, aux appels à projets territoriaux, organisation de la PDSSES, etc.)

Le groupement hospitalier de territoire et la Polyclinique des Alpes du sud ont la volonté de développer des axes de collaboration au profit des patients du territoire de santé. Cette collaboration s'est notamment matérialisée pendant la crise sanitaire : la polyclinique a aidé les équipes du Centre Hospitalier intercommunal des Alpes du Sud par un renfort de personnel et une aide matérielle.

Fort de cette expérience, la coopération s'est étendue à la Pharmacie à usage d'intérieur (PUI) : ainsi, ce sont les pharmaciens du centre hospitalier qui ponctuellement ont assuré la validation des prescriptions pour les patients de la polyclinique lors de l'absence non remplacée de la pharmacienne gérante de la Polyclinique des Alpes du sud. A présent et pour l'avenir, des projets sont engagés pour mutualiser des fonctions support entre la polyclinique et le Chicas, concernant la biologie, la fonction restauration et la blanchisserie, mais aussi un projet commun d'endoscopie territoriale.

- *Expérimenter de nouvelles modalités de coopération et déployer les pratiques remarquables*
 - Soutenir les expérimentations de nouvelles modalités de coopérations, inviter les opérateurs à s'inscrire dans les appels à projets nationaux ou régionaux favorisant les coopérations innovantes en réponse aux priorités de santé publique.
 - Accompagner les porteurs de projets dans le déploiement, solliciter des retours d'expériences, les partager avec les autres acteurs pour susciter de nouvelles pratiques sur d'autres territoires.

Les possibilités d'accueil/accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en région Paca constituent par exemple une priorité. L'ARS propose d'expérimenter des unités pour personnes handicapées vieillissantes en Ehpad, en ciblant des territoires de proximité sur lesquels il existe d'ores et déjà une coopération forte entre les champs grand âge et handicap.

Le contrat local de santé du Pays d'Apt Luberon

Signé en 2021, le CLS du Pays d'Apt Lubéron a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins sur ce territoire grâce à la coopération de tous les acteurs. Il s'agit d'un projet élaboré à l'échelle de la communauté de communes, ayant bénéficié d'un positionnement fort des institutions (ARS, CPAM, etc.) et d'une mobilisation des collectivités locales.

5. Poursuivre les coopérations avec des acteurs spécifiques de l'offre de soins en région

Des coopérations seront spécifiquement approfondies au sein de notre région, sur plusieurs volets : les relations inter régionales, les zones transfrontalières et le service de santé des armées, acteur de santé présent en région et dépendant du ministère des armées.

- *Tenir compte de l'offre de soins présente dans les régions proches*
 - Intégrer dans les réflexions de l'organisation des soins en Paca l'offre de soins présente dans les régions limitrophes (Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes).
 - Prendre en compte les besoins de la région Corse en termes d'activités de recours et de référence, et actualiser la convention cadre entre les deux ARS.
- *Favoriser la coopération transfrontalière.*
 - Elaborer le cadre de coopération entre la France et l'Italie en lien avec les ministères concernés et en lien avec les dispositifs européens (Alcotra).
 - Mettre en place une organisation des soins cohérente entre la France et la principauté de Monaco, en veillant à l'évolution de la convention franco-monégasque afin d'assurer une réponse aux besoins des patients.
- *Poursuivre la coopération avec les acteurs du service de santé des armées présents en région.* Toutes les composantes du Service de santé des armées (SSA) présentes en région Paca (centres médicaux des armées, hôpitaux d'instruction des armées de Sainte Anne (83) et Laveran (13), unités de formation, de recherche et de ravitaillement sanitaire) sont engagées dans cette voie de coopération. Les coopérations concernent notamment l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, la réponse aux situations sanitaires d'exception et les activités de soutien logistiques santé. Elles favorisent ainsi la participation des structures civiles à l'effort de défense et à la promotion conjointe de la réserve.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Nombre de documents déposés dans Mon Espace Santé, par an et par habitant	3	5	7
Nombre de services hospitaliers avec un numéro de téléphone dédié à destination des médecins de ville sur certaines spécialités	Enquête à construire	Augmentation du nombre de services chaque année en fonction du T0	
Part de la population Paca couverte par un contrat local de santé	35%	50%	100%
Part de la population Paca couverte par une communauté professionnelle territoriale de santé ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel	68%	90%	100%
Nombre de protocoles de coopération déclarés sur demarchessimplifiees.fr par des équipes de soins régionales	22	Augmentation à fixer en fonction de l'état des lieux en cours	
Nombre de professionnels inscrits sur Azurezo	2850	En augmentation Cibles disponibles début 2024	
Proportion de programmes comportant la présence de patients ressources ou experts ou intervenants	46%	60%	100%

CHAPITRE 7

Comment améliorer la qualité des prises en charge ?

La qualité de la prise en charge, autrement dénommée « prise en soins », mesure la qualité d'une succession d'actions de prévention, de soins ou d'accompagnement dont bénéficie une personne.

D'après la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la qualité des soins est « *la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité* ».

Les soins de qualité devraient être :

- efficaces : ils reposent sur des bases factuelles et sont dispensés à ceux qui en ont besoin ;
- sûrs : ils évitent de porter préjudice à ceux qui en bénéficient ;
- centrés sur la personne : ils correspondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu.

Afin de tirer profit des bénéfices de soins de qualité, ceux-ci doivent être :

- dispensés en temps utile : les délais d'attente doivent être réduits ;
- équitables : la qualité des soins ne doit pas varier en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation géographique et du statut socioéconomique ;
- intégrés : l'ensemble de services de santé doivent être disponibles tout au long de la vie ;
- efficaces : les ressources disponibles doivent être utilisées en évitant le gaspillage.

La Haute Autorité de santé a répertorié les déterminants de la qualité dans les établissements de santé. Ils sont valables pour tous les secteurs de la santé : les ressources matérielles, les ressources humaines, l'organisation des équipes de soins, la coopération des équipes de soins.

La qualité des prises en charge peut être appréciée selon différents points de vue :

- Celui du patient : il est acteur de sa propre santé et reçoit les actes de prévention et de soins.
- Celui des aidants, majoritairement des aidantes : ils/elles accompagnent et réalisent des actions de soutien (aide à l'observance des médicaments, toilettes, repas, etc.).
- Celui du professionnel de santé : il/elle prodigue de la prévention, du soin, ou de l'accompagnement. 70 % de ces professionnels sont des femmes.
- Celui des structures qui organisent les prises en charge : collectifs de prévention ou de soins de proximité, les équipes qui interviennent au domicile, les établissements de santé et médico-sociaux.
- Celui des pouvoirs publics, notamment l'ARS ou la Haute Autorité de santé (HAS), mais aussi l'Assurance Maladie, la Caisse nationale santé autonomie (CNSA) ou les collectivités locales compétentes

Tous ces acteurs sont impliqués dans cet enjeu d'amélioration de la qualité.

LES ENJEUX A LONG TERME

- Mieux articuler les interventions autour et avec la personne concernée : au domicile, à l'hôpital, avec l'appui de professionnels de proximité, de structures médico-sociales ou sociales. Trop souvent, dans toutes ces situations, des interactions insuffisamment fluides sont à l'origine de défauts de qualité ou de ruptures, ne permettant pas de garantir la qualité et la pertinence souhaitée, par la personne, par ses proches, ni même par les acteurs de santé.
- Améliorer la disponibilité de professionnels de santé formés. Dans tous les secteurs de la santé, des manques de ressources humaines formées et disponibles sont anticipés pour les 10 années à venir. Dans ce contexte, il est apparu à tous qu'un des enjeux majeurs, pour maintenir un niveau de qualité suffisant, était de se doter collectivement d'une stratégie visant à former, maintenir et fidéliser les compétences des personnels de santé.
- Améliorer l'appropriation par tous des données acquises de la science et des recommandations de bonnes pratiques, dans un contexte d'accélération des connaissances propices aux innovations organisationnelles, thérapeutiques et technologiques. L'enjeu est de maintenir, parfois de retrouver, les démarches permanentes d'amélioration de la qualité dans toutes les organisations de santé, dans des environnements en forte évolution, et parfois en crise.

LES RESULTATS ATTENDUS DANS 5 ANS

- La population est bien informée sur les sujets de santé. Les personnes sont impliquées dans les décisions qui les concernent. Leurs aidants sont reconnus et soutenus dans leur rôle de coordination et d'accompagnateur.
- Les métiers de la santé sont attractifs pour toutes les générations et à tous les moments du parcours professionnel. Les professionnels de santé sont formés pour adapter leurs compétences à l'évolution de leur environnement de travail : coopérations pluri-professionnelles, appropriation des innovations thérapeutiques comme numériques, et démarches de prévention. Le *turnover* des soignants a baissé.
- Les acteurs de santé coopèrent pour améliorer les parcours de santé, éviter ou anticiper les hospitalisations et maintenir les personnes au domicile. Ils ont développé une utilisation large des outils de recueil de l'expérience patient. Les structures de santé et les équipes au domicile proposent des conditions d'accueil et de prises en charge et un équipement conformes aux standards actuels, sur l'ensemble du territoire.
- Les patients et les professionnels de santé utilisent les outils de communication de manière fluide et sécurisée.
- La culture de l'erreur positive est largement déployée dans les organisations de santé.
- Les organisations de santé sont préparées à faire face à différents types de crise et ont augmenté leur capacité de résilience.

- Les démarches qualité des organisations de santé intègrent un objectif de diminution de l'impact environnemental de leurs activités, dans une logique de juste soin.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

1. Travailler en inter-professionnalité ville-hôpital-médico-social, avec les patients

Le décloisonnement du système de santé est relevé comme l'un des enjeux majeurs d'amélioration de la qualité des prises en soins, pour favoriser la prévention, éviter l'errance diagnostique et les redondances, les passages aux urgences et les risques iatrogènes (effets indésirables liés aux soins). Les structures de santé ne communiquent pas suffisamment entre elles quand elles interviennent auprès d'une même personne. Les objectifs proposés ici interagissent ensemble.

- *Promouvoir l'inter-professionnalité dans les formations initiales et continues*
 - Amplifier l'offre de formations initiale et continue qui intègrent des modules croisés entre professions de santé et avec la participation des patients, qui soutiennent les coopérations pluriprofessionnelles et les nouveaux métiers.
 - Soutenir le partage de réflexions éthiques autour de la prise en charge des patients : bonne information, consentement, discernement, respect de la décision du patient.
 - Développer des approches pluriprofessionnelles pour reconnaître et réduire les situations d'inégalités dans l'accompagnement et le soin des patients : inégalités liées au genre, à l'origine, au niveau d'éducation, à l'existence d'une situation de handicap ou de dépendance liée à l'âge.
- *Organiser et rendre lisible les dispositifs pour coordonner les interventions*

Des dispositifs de coordination sont disponibles dans tous les territoires¹. Sur chaque territoire, les acteurs de santé doivent pouvoir bien identifier le ou les dispositifs de coordination existants. En période de tensions hospitalières (épidémies, tensions hivernales et estivales), ces dispositifs ont montré leur capacité à proposer des solutions pragmatiques pour organiser des réponses sécurisées et mieux accueillir l'afflux de personnes qui nécessitent une hospitalisation.

- *Multiplier l'organisation de parcours de santé dans les territoires*

Un parcours de santé se compose de plusieurs étapes clés : le repérage, le diagnostic et l'annonce, la mise en place des interventions de santé et d'accompagnement, l'hospitalisation et le retour à domicile. L'approche par parcours de santé permet de réunir les professionnels et les représentants d'usagers autour de thématiques identifiées : autour d'une pathologie (ex : le diabète), ou auprès d'un public spécifique (ex : les personnes âgées de plus de 75 ans).

Il faudra ainsi :

- mettre en place des expérimentations de parcours sur les territoires ;
- évaluer ces expérimentations, valoriser les réussites, les modéliser, et les partager pour les adapter dans les autres territoires de la région.

¹ Cf. Chapitre 6 « Comment améliorer la coopération des acteurs de santé page » 67

Les établissements de santé pourront expérimenter, avec l'ensemble des partenaires, des démarches de responsabilité populationnelle¹ concernant une population ou une pathologie définie pour améliorer la santé de ses habitants : cette approche a démontré des résultats convaincants dans d'autres régions de France et à l'étranger.

- *Intégrer pleinement les actions de prévention dans les parcours de santé*
- Généraliser les approches de promotion de la santé et de prévention par la vaccination, le dépistage, le repérage précoce, pour limiter ou retarder l'apparition de maladies chroniques ou d'épisodes aigus de maladies.
- Poursuivre le développement d'un maillage territorial homogène de l'offre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), au bénéfice des personnes souffrant d'une pathologie chronique ou d'une déficience.

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Les partenariats au sein des groupements hospitaliers de territoire ou entre la ville et l'hôpital, seront réalisés pour mutualiser les ressources. Les communautés professionnelles territoriales de santé pourront identifier les besoins, à partir des données épidémiologiques des territoires, et soutenir le développement d'une offre d'éducation thérapeutique du patient adaptée en fonction des pathologies à forte prévalence, et de l'offre médicale et soignante disponible.

- *Soutenir l'engagement des usagers et déployer les approches centrées sur le patient dans les organisations de santé*

L'« engagement » du patient désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de sa santé, son bien-être ou sa qualité de vie, ou ceux de leurs pairs. Il nécessite l'implication des professionnels et des décideurs et constitue un des quatorze déterminants de la qualité des soins identifiés par la Haute Autorité de santé. Il concourt à un meilleur service rendu aux patients et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir. L'approche « patient centré » correspond quant à elle à des soins respectueux et adaptés aux préférences individuelles du patient et à ses besoins. Les outils de recueil de l'expérience patient, seront déployés dans les organisations de santé comme sur les territoires, pour améliorer les parcours de santé.

- *Faciliter les complémentarités des équipes médicales et soignantes sur les territoires*

Différents types d'organisation permettent de faciliter les complémentarités et de mutualiser les ressources disponibles sur un territoire :

- lever les contraintes existantes à l'exercice dans plusieurs environnements de travail (exercice multiple : en ville, à l'hôpital, en médico-social,...). En augmentant par exemple les contrats d'exercice mixte ville/hôpital ;
- proposer des consultations avancées de médecins hospitaliers ou de médecins installés en zones urbaines vers des lieux plus isolés ;
- organiser la complémentarité des expertises avec la télémédecine (par exemple, les réunions de concertation pluridisciplinaires) ;

¹ Cf. Chapitre 1 « Comment protéger la santé de la population » page 5

- mobiliser les équipes mobiles des établissements de santé au service des autres acteurs du territoire pour apporter l'expertise sur des filières spécialisées (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs, etc.) ou autour de thématiques comme l'hygiène.

2. Favoriser l'accès à une information numérique partagée entre les patients et les professionnels de santé

- *Promouvoir l'usage des outils numériques en incluant le patient et les aidants comme des acteurs du partage d'information*
- Amplifier et faciliter l'accès et l'utilisation de Mon Espace Santé tant chez les professionnels que chez les patients.
- Travailler avec les professionnels et les usagers pour faire de Mon espace santé une source d'information dans la compréhension de leur état de santé, dans l'observance de leur traitement.
- Mobiliser des ressources pour faciliter la transmission d'information et libérer du temps utile à la consultation et aux soins (garantir l'ergonomie des services numériques, promouvoir le recrutement de métiers dédiés à la facilitation des usages au quotidien).
- *Accompagner les professionnels de santé et les établissements dans leurs choix d'outils conformes et adaptés à leurs besoins*
- Diffuser largement le référentiel des outils existants¹ labélisés par l'Agence du numérique en santé. Ce label atteste de la conformité à un corpus d'exigences sur l'ergonomie, l'interopérabilité, la sécurité, l'éthique.
- Soutenir les financements de projets numériques matures en cohérence avec les autres financeurs.
- Mettre en œuvre les normes opposables d'interopérabilité pour les solutions à venir (exemple : harmonisation des formats d'échange de données entre logiciels).
- Assurer les conditions requises pour sécuriser le partage d'information.
- Accompagner le secteur médico-social dans le développement des services numériques.
- *Positionner le développement des usages numériques comme une orientation stratégique des organisations de santé*
- Accompagner les usagers et les professionnels de santé pour faciliter la prise en main des nouveaux services numériques, et les adapter aux besoins et contextes des professionnels.
- Réaliser des enquêtes sur l'acceptabilité de leurs usages dans le cadre d'une intervention en santé.
- Identifier les cas d'usages ne permettant pas d'accéder au dossier patient. Mettre en place un recueil des irritants et une organisation permettant de les traiter avec les éditeurs de solutions numériques.
- Identifier systématiquement les effets de la fracture numérique pour proposer des solutions complémentaires ou alternatives (métiers d'accompagnement, procédure alternative, bonnes pratiques, etc.).

¹ <https://industriels.esante.gouv.fr/segur-du-numerique-en-sante/solutions-referencées-segur>.

- Assurer la continuité de fonctionnement des services numériques de santé et améliorer la réponse des structures de santé en cas de cyberattaque, par exemple par la maîtrise des fonctionnements dégradés par les équipes de soins en cas d'attaque.

3. Partager une stratégie ayant pour ambition de garantir des effectifs et des compétences dans l'ensemble du secteur de la santé

Les tensions sur la démographie des professions de santé, dont les médecins, vont durer pendant plusieurs années. Le renouvellement des générations, suite au départ à la retraite et l'accueil des nouveaux soignants formés, s'opère dans un contexte post-crise très tendu. Ce manque de professionnels est une des raisons du mal-être de certains soignants, qui souhaitent retrouver les conditions propices à un exercice conforme à leur éthique. Nous devons identifier toutes les mesures qui permettront de maintenir un effectif suffisant de professionnels de santé, et éviter de dégrader la qualité de la prise en soin, et les environnements de travail.

Tous les secteurs de la santé sont concernés : les métiers de la prévention, du soin et de l'accompagnement au domicile ou en lieu d'hébergement, comme à l'hôpital.

Un haut niveau de compétences et de qualification, ainsi qu'un nombre suffisant de professionnels de santé sont de puissants leviers d'amélioration de la qualité. Les acteurs de la santé, de la formation, de la prévention des risques professionnels et de l'emploi, et les collectivités territoriales, devront amplifier leurs collaborations pour faire vivre une stratégie qui vise à garantir des effectifs et des compétences. Ils bénéficieront des analyses de l'observatoire régional des professions de santé et de l'observatoire régional de santé. Ils partageront les bonnes pratiques, mèneront des travaux exploratoires, les évalueront, et diffuseront les résultats probants.

o Améliorer l'attractivité des métiers de la santé

- Enquêter sur l'attractivité du secteur de la santé et faire connaître les métiers de la santé auprès des jeunes grâce au service national universel, au service civique, ou au service sanitaire.
- Travailler avec les partenaires institutionnels de l'emploi pour faire connaître les possibilités ouvertes dans le secteur de la santé aux personnes éloignées de l'emploi.
- Interroger les jeunes en formation dans les métiers de la santé, les aider dans la préparation de leurs projets professionnels : aides à l'installation, guichets uniques départementaux¹.
- Documenter les facteurs d'attractivité des métiers de la santé et du soin par des enquêtes auprès des professionnels en exercice.
- Identifier un bouquet de services du quotidien soutenant l'exercice des professions de santé : conciergerie, crèche, etc.
- Proposer des conditions attractives pour les retraités actifs : médecins, infirmiers, etc.

o Renforcer l'attractivité des conditions de travail des soignants

- Favoriser les exercices en équipe, qui permettent la complémentarité des compétences, le partage des contraintes, ou la recherche de solutions. Cet effort est particulièrement attendu dans l'exercice des soins en ville. Rechercher le maintien d'un équilibre sur les compétences disponibles dans les équipes de santé.
- Développer les postes supports logistiques (comme les assistants médicaux) en établissements comme en ville pour libérer du temps de soin.

¹ Cf. Chapitre 2 « Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », page 22

- Sensibiliser tous les professionnels du secteur de la santé pour lutter contre les préjugés sexistes et les discriminations, les violences physiques et sexuelles, et le harcèlement.
- Faire connaître les dispositifs de médiation

Un plan d'actions pour réduire les tensions sur les recrutements – Hautes-Alpes

Dans le cadre du Conseil territorial de santé et du schéma départemental unique des Solidarités, les partenaires ont élaboré un plan d'actions pour faire face aux fortes tensions de recrutements. Le Conseil départemental, les services de l'État, l'ARS, la Région et les opérateurs du service public de l'emploi, ont signé une convention en faveur des métiers de l'accompagnement et du soin le 28 avril 2023. Ce plan repose sur 4 axes :

- promouvoir et faire connaître les métiers des services à la personne ;
- renforcer la formation et accompagner les parcours ;
- accompagner le recrutement dans les établissements et services ;
- aider à la fidélisation des professionnels, travailler l'attractivité du territoire pour les professionnels et de leur famille.

○ Renforcer le compagnonnage entre professionnels de santé dans les formations initiales et tout au long des vies professionnelles

- Soutenir l'apprentissage dans tous les secteurs
- Améliorer les conditions de stage des étudiants en santé.
- Proposer des critères de qualité pour l'accueil en formation.
- Soutenir les initiatives de compagnonnage, de tutorat et de mentorat dans tous les secteurs. Le patient-partenaire peut être impliqué dans ce mentorat.

○ Mettre l'accent sur la prévention des risques professionnels et le maintien dans l'emploi

Une part importante des métiers de la santé est exercée dans des environnements exposant à des facteurs de risque professionnels (troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux). L'ARS, aux côtés de tous les acteurs de la prévention des risques professionnels soutient les démarches de qualité de vie au travail en établissement de santé, en établissements et services médico-sociaux et en ville. Elle propose des initiatives visant à prendre soin de ceux qui soignent et à prévenir ou soigner les conséquences de l'épuisement au travail des soignants.

○ Favoriser les mobilités professionnelles au sein du secteur de la santé

Le secteur de la santé doit proposer des évolutions attractives des parcours professionnels. Les mesures suivantes pourront être déployées :

- promouvoir les protocoles de coopération entre professionnels, en travaillant la complémentarité des expertises ;
- rechercher la montée en compétences des métiers au long des parcours professionnels ;
- valoriser la formation continue et la validation des acquis de l'expérience ;
- soutenir la formation des infirmiers et infirmières qui souhaitent s'orienter vers les pratiques avancées ;
- accompagner les moments de réorientation ;
- rechercher le maintien dans l'emploi et l'adaptation des métiers des professionnels fragilisés par un accident de santé ou un handicap.

- *Promouvoir la reconnaissance du travail réalisé et un management bienveillant*

Une évolution des pratiques managériales peut également soutenir la cohésion des équipes. Les principes du management bienveillant, ses résultats sur la qualité de vie au travail et la qualité du service rendu ont été maintenant bien documentés.

Les partenaires institutionnels de la santé impliqués dans l'amélioration de la qualité de vie au travail ont adopté une charte de bonnes pratiques¹, qui intègre la promotion du management bienveillant. Elle mérite à ce jour d'être plus largement partagée. Elle vient en soutien des actions suivantes :

- soutenir des expérimentations de reconnaissance au travail dans les organisations de santé ;
- lancer des communications institutionnelles (ARS, Assurance Maladie) auprès du grand public pour valoriser le travail réalisé par les professionnels de santé ;
- développer et reconnaître les communautés de pratiques : libérer du temps et des espaces pour permettre l'échange entre professionnels, des temps de formation, et des moyens adaptés ;
- renforcer dans les formations initiales et continues les pratiques managériales bienveillantes (et prévoir des temps de formation tout au long du parcours professionnel) ;
- soutenir la mise en œuvre de pratiques de management bienveillant et encourager la valorisation des pratiques probantes ;
- mener des travaux exploratoires sur les métiers soutenant au management bienveillant (qualiticiens, préventionnistes, assistants médicaux, ...) et sur leur financement.

- *Favoriser le développement des innovations organisationnelles efficaces et les articuler avec les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail*

- Accompagner la diffusion des recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et managériales.
- Permettre l'expérimentation d'innovations organisationnelles, valoriser les effets positifs, les marges d'amélioration et travailler sur les mesures d'adaptation. Elles pourront inclure l'ensemble des personnels, soignants ou administratifs.
- Cartographier et financer des actions ayant pour objectif d'améliorer les conditions et la qualité de vie au travail.

Accompagner des établissements du médico-social du Var dans leur management de proximité

Quatre établissements médico-sociaux du Var ont proposé un accompagnement opérationnel autour du métier d'encadrant de proximité, en suivant une approche basée sur le partage, l'envie de « faire ensemble », et la volonté de placer l'humain et l'innovation au cœur des actions. Cette expérimentation, basée sur un processus d'intelligence collective au service de la performance et de la qualité de vie et des conditions de travail, a reçu le soutien de l'ARS Paca et de l'OPCO Santé Sud² et Corse.

¹ Charte Qualité de Vie au Travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur® | Aract.
² Plus d'informations sur l'OPCO Santé sud en cliquant ici

4. Diffuser largement les recommandations de bonnes pratiques et évaluer leurs mises en œuvre

L'amélioration de la pertinence des parcours de santé est un enjeu fort pour la qualité du système de santé et l'efficacité des dépenses de santé. Elle concerne tout le monde: les usagers et les professionnels de santé. Les professionnels et les organisations de santé peuvent s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques et de pertinence des parcours de santé réalisées par la Haute Autorité de santé. Au niveau régional, l'Instance régionale pour l'amélioration de la pertinence de soins (Irapa) regroupe des représentants des acteurs de santé de la région pour identifier les thématiques à prioriser dans notre région.

Il s'agira d'accompagner les établissements, les services et les professionnels de santé à s'engager dans la mise en œuvre de ces recommandations. Le renforcement de la culture-qualité sera poursuivi et étendu à tous les secteurs.

La structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des usagers (Sra Pasqual), membre du Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA), apporte son expertise et accompagne les professionnels dans leur acculturation aux démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

- *Développer les pratiques professionnelles et faire évoluer les organisations en s'appuyant sur le vécu et l'expérience des patients*

Le savoir expérientiel des patients est riche en enseignement pour les professionnels qui les accompagnent dans leur parcours. Ainsi, la Haute Autorité de santé préconise d'intégrer, dans toutes les démarches d'analyses de pratique, le recueil de l'expérience patient : mesure de la qualité des soins perçue par le patient (questionnaires de mesure des résultats et de l'expérience perçue par le patient : PROMS et PREMS), mesure de la satisfaction des soins, multiplication des espaces de rencontre et d'écoute entre professionnels et patients, etc.

Des formations seront proposées par la structure régionale d'appui à la qualité (Sra Pasqual) pour accompagner les professionnels dans cette mise en œuvre.

- *Accompagner les établissements dans les démarches de certification, d'évaluation et de gestion des risques*

En région Paca, le bilan de la certification des établissements de santé montre un taux élevé d'établissements certifié en A (63% pour la V2014), meilleur résultat de toutes les régions métropolitaines. Les premiers résultats des visites qui ont débuté en 2021 témoignent d'un niveau confirmé de qualité des soins. Dans le champ médico-social, 1 364 rapports d'évaluation sont attendus sur la période 2023-2027.

La Sra Pasqual poursuit son accompagnement auprès des établissements selon leur niveau de certification. Elle développe de nombreux outils à destination des établissements. Des axes de travail seront envisagés, selon les points de faiblesse communs identifiés sur les rapports de certification. Cette offre a été étendue aux établissements et aux services médico-sociaux, avec des comptoirs qualité sous forme de webinaire dédiés au secteur.

Equipe opérationnelle d'hygiène territoriale des Alpes-de-Haute-Provence

Créée en 2017, l'équipe opérationnelle d'hygiène a pour ambition de garantir un même niveau de qualité et d'efficacité en matière de lutte contre les infections associées aux soins, dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux du GHT. Grâce à cette équipe coordonnée, les professionnels de ces établissements ont pu analyser et harmoniser leurs pratiques et partager des réflexes communs.

- *Soutenir l'engagement des professionnels et des organisations de santé pour améliorer les pratiques de déclaration des évènements indésirables graves*

Les évènements indésirables graves demeurent encore globalement sous-déclarés, malgré une augmentation des déclarations depuis la création du portail national dédié en 2017. L'objectif est d'améliorer les pratiques de déclaration et de développer la culture positive de l'erreur auprès de tous les secteurs : hospitalier, médico-social, soins de ville.

L'ARS, avec l'appui de la Sra Pasqual, soutiendra les actions suivantes :

- analyser les évènements indésirables graves (EIG) et les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), les résultats de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des établissements et services médico-sociaux, les signalements et réclamations auprès de l'ARS ;
 - identifier les secteurs d'activité et/ou les professionnels pour lesquels peu d'actions d'amélioration de la qualité sont observées ;
 - proposer des groupes de travail pour adapter les bonnes pratiques en termes de pertinence, de qualité et sécurité des prises en charge ;
 - développer des démarches d'accompagnement pertinentes des établissements sanitaires et médico-sociaux ;
 - renforcer la formation des managers pour intégrer la culture de l'erreur positive.
- *Définir des priorités régionales pour des actions d'amélioration des pratiques professionnelles*
- Mobiliser les données disponibles sur la qualité des soins pour définir des priorités : portail national sur la certification et sur les signalements (HAS), système national d'information sur les données de santé (Sniiram, Health data hub), signalements recueillis au sein du RREVA, etc.
 - Identifier les écarts entre les pratiques réelles et les pratiques attendues, à partir de critères de suivi partagés au niveau régional ; et les partager au sein de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).
 - Identifier, valoriser et communiquer largement sur les meilleures pratiques identifiées par le groupe d'analyse.

Des dispositifs opérationnels pour contribuer à la diffusion des bonnes pratiques et à l'identification des vigilances

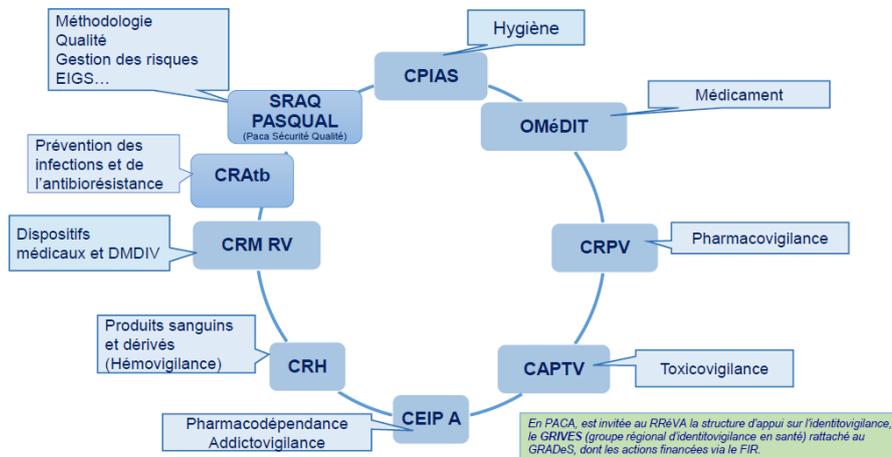
L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) : Cette instance, composée de représentants du secteur de la santé, concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. La mise en œuvre de la pertinence des soins dans le secteur de la santé repose sur un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap), produit par cette instance et avec un partenariat fort entre l'ARS et l'Assurance Maladie.

La certification des établissements de santé publics et privés : La Haute Autorité de santé (HAS) a pour mission de certifier les établissements de santé, pour évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. La quatrième version (V2014) a permis de renforcer la capacité des établissements de santé à identifier et maîtriser leurs risques et mobiliser ainsi les professionnels et les représentants des usagers sur les enjeux de qualité et de sécurité des soins. Depuis avril 2021, la nouvelle version (V2020) a pour ambition de renforcer la médicalisation de la certification, mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge du patient, de valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins.

L'évaluation des Etablissements et services médico-sociaux : Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESMS ont l'obligation de procéder à une évaluation régulière, par des organismes habilités, de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent aux personnes accueillies. Depuis 2019, la Haute Autorité de santé a la responsabilité d'élaborer une nouvelle procédure d'évaluation nationale, commune à tous les ESMS, et un nouveau cahier des charges fixant les exigences requises pour les organismes autorisés à réaliser ces évaluations.

Le Réseau régional des vigilances et d'appui (RRéVA) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est constitué de toutes les structures impliquées dans le signalement et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé. La mise en place d'une gestion coordonnée des signalements sensibles permet de définir les axes de travail, notamment les actions d'amélioration régionale à mettre en œuvre au regard de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

STRUCTURES D'APPUI : membres du Réseau Régional de Vigilance et d'Appui (RRéVA)



- Préparer le système de santé à répondre aux situations de crise

En cas de catastrophe, le système de santé doit prendre en charge les victimes de l'événement, mais aussi continuer à apporter les soins nécessaires au reste de la population. Ces travaux d'anticipation doivent contribuer au maintien d'un niveau de qualité des prises en charges pour les personnes concernées, y compris en période de crise.

Pour préparer la réponse des acteurs en cas de crise, l'ARS soutiendra les actions visant à améliorer l'implication et la coordination de l'ensemble des structures de soins :

- établir un plan de formation à la gestion de crise qui couvre l'ensemble des champs du système de santé ;
- déployer les outils numériques adaptés de partage d'informations en temps réel ;
- garantir la réponse physique et numérique des établissements sanitaires et médico-sociaux.

- *Diminuer l'impact environnemental des activités de santé*

- Déployer des bonnes pratiques, avec l'appui des Conseillers et coordinateurs en transition énergétique et écologique en santé-CEETS, en matière de soins écoresponsables et de prescriptions plus sobres en questionnant l'impact, la facilité de mise en œuvre, la reproductibilité et la mobilisation des professionnels.
- Travailler sur la pertinence des soins et des parcours de soins en incluant des critères environnementaux. Inclure les usagers, au côté des professionnels de la santé, dans la définition d'une démarche de soins écoresponsables.
- Intégrer des indicateurs spécifiques dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

Développer la démarche de responsabilité sociétale des organisations (RSO) au sein des hôpitaux du GHT de Vaucluse

La démarche RSO est organisée autour de quatre piliers : environnemental, économique, social et sociétal. Elle s'appuie sur 68 ambassadeurs volontaires du développement durable, représentatifs de la diversité des métiers hospitaliers. Ils proposent des actions éco-responsables et portent la politique institutionnelle.

En parallèle, le GHT lance la préparation de la labellisation THQSE (très haute qualité sanitaire, sociale et environnementale)

A titre d'exemples, sont ainsi déployés :

- 34 filières de tri des déchets ;
- le développement des achats en circuit court notamment pour les produits alimentaires ;
- les services de maternité du GHT et le service de Médecine Interne Infectiologie Aigue Polyvalente à Avignon

s'engagent dans une démarche d'écoconception des soins. Elle sera progressivement étendue sur l'ensemble des services des établissements. Cette politique se déploie dans les établissements de Vaucluse à partir de l'établissement support qui en fait une priorité institutionnelle, inscrite à son nouveau projet d'établissement.

5. Adapter les financements pour inciter à la prévention, la qualité et le respect de l'individu

L'Assurance Maladie est le financeur principal des activités de santé. La MSA assure la couverture sociale pour la population agricole et ses ayants droits La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) intervient quant à elle sur le financement de la dépendance. L'ARS complète ces financements, au travers la délégation de certaines enveloppes hospitalières ou médico-sociales complémentaires et au travers de la mobilisation du fonds d'investissement régional¹.

Le financement à l'activité est très présent dans le financement de la santé : à l'hôpital pour les activités soumises à la tarification à l'activité (T2A), ou en ville avec une part importante de la rémunération liée au nombre d'actes réalisés. Depuis plusieurs années, d'autres modalités de rémunération émergent. Elles prennent une part plus importante, bien que minoritaire, dans les recettes des acteurs de santé.

- *Rendre lisible les financements régionaux dédiés à la prévention*
- *Accompagner les établissements et les professionnels de santé dans leur bonne appropriation des évolutions sur les financements de droit commun*
- Communiquer sur les impacts financiers des démarches qualité, par exemple les incitations financières à la qualité dans les prises en charge (IFAQ) pour les établissements de santé ou la rémunération sur objectifs de santé publique pour les professionnels de ville.

¹ 377 millions d'euros en 2023

- Communiquer sur les nouveaux forfaits de rémunération pour certains publics, pour les professionnels de santé de ville, et sur les réformes de financement en cours concernant les établissements.
 - o *Poursuivre l'implication dans les expérimentations nationales ou régionales, sur le financement à l'épisode de soin, au parcours de santé, à la qualité, à la capitation ou à la responsabilité territoriale*
- Poursuivre la mobilisation des acteurs régionaux dans le cadre des expérimentations du dispositif « article 51 » et de la mobilisation du fonds d'innovation en santé, piloté et évalué au niveau national.
- Soutenir avec le fonds d'intervention régional, des expérimentations au service de nouvelles organisations, en conservant une cohérence avec les tendances d'évolution nationales connues.
- Reconnaître, y compris financièrement, des approches complémentaires telles que l'activité physique adaptée, la diététique, le soutien psychologique, l'aide aux aidants et structures de répit.
- Partager les réussites via une communication ciblée et proactive.

INDICATEURS DE SUIVI

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Nombre de médecins généralistes de moins de 50 ans installés en ville (libéral)	2 566	2 880	3 330
Taux de ré-hospitalisation à 30 jours	11,40 %	10,70 %	10 %
Taux d'abandon en formation dans les métiers de la santé (infirmier)	9 %	7 %	7 %
Taux d'absentéisme dans les établissements sanitaires et les établissements sanitaires et médico-sociaux	Non disponible	En diminution	
Taux d'accidents du travail pour les professionnels de santé	Non disponible	En diminution	
Taux de postes de praticiens hospitaliers publiés non pourvus	69 %	67 %	65 %
Part des patients pris en charge pour un cancer ayant eu une chimiothérapie dans les 15 jours précédant leur décès	10,8%	En diminution	
Scores de satisfaction et d'expérience patients hospitalisés	72 %	73 %	75 %
Nombre de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique du patient développés dans les structures d'exercices coordonnés	34 programmes effectifs	En augmentation	53

CHAPITRE 7.1.1

Activité de médecine

Activité soumise à autorisation

L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients à tous les âges de la vie, dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé.

L'hospitalisation à temps partiel correspond à une durée de soins inférieure ou égale à douze heures par vingt-quatre heures, ne nécessitant pas d'hébergement, pour les patients dont l'état de santé est compatible avec ce mode de prise en charge. Les prestations délivrées sont similaires par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à celles habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

- **En termes de sites autorisés**

La région Paca dispose de 101 sites autorisés à l'activité de médecine (dont les deux Hôpitaux d'instruction des armées). Parmi eux, 68 disposent des 2 modalités de prise en charge (hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel). 18 établissements publics ou établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) ont un service de pédiatrie.

L'activité de soins de médecine est réalisée sur des sites très hétérogènes allant des plateaux techniques hyperspécialisés des CHU par exemple, aux hôpitaux de proximité disposant d'une équipe médicale et d'une capacité en lits d'hospitalisation réduite.

- **En termes d'activité**

Le taux de recours standardisé régional en médecine est supérieur au taux de recours national.

- Le taux de recours¹ standardisé en hospitalisation complète est de 74,75 séjours pour 1 000 habitants, (contre 73,93 au niveau national), ce qui correspond à 401 134 séjours.
- Le taux de recours standardisé en hospitalisation à temps partiel est de 39,32 séjours pour 1000 habitants (contre 37,63 au niveau national), ce qui correspond à 192 552 séjours.
- Une activité globalement stable sur la région (+1 % d'évolution depuis 2019) avec 2/3 d'activité en hospitalisation complète et 1/3 en hospitalisation à temps partiel.
- Les séjours en hospitalisation complète sont pour 40 % des séjours de courte durée (1-2 jours).
- Un tiers des patients hospitalisés ont plus de 75 ans.
- La pédiatrie représente 11 % de l'activité de médecine.
- Une configuration de l'activité multiple et hétérogène allant de 23 à 60 000 séjours selon les établissements.
- Un vieillissement de la population et une augmentation des pathologies chroniques en région comme en France, avec une augmentation prévisible de leur prévalence en 2028.

- **En termes de démographie médicale et paramédicale, de fortes disparités et tensions sont constatées.**

¹ Sources : ATIH – Scansanté Taux de recours MCO 2017-2021 et données PMSI 2021 et 2022.

L'ENJEU STRATEGIQUE

Proposer un accès à une offre de soins complète et diversifiée, de proximité et de recours, pour les besoins en santé des territoires.

LES OBJECTIFS

1. En termes de pertinence, de qualité et de sécurité des parcours

- *Développer et favoriser les coopérations profitables à la prévention*

La mise en œuvre des programmes de prévention doit être pensée avec les usagers et autour d'eux, en s'appuyant sur les associations de patients. L'hôpital doit s'impliquer dans le développement de ces programmes en privilégiant une prise en charge en hospitalisation à temps partiel.

La prévention liée aux actions de dépistage généralisé doit s'envisager en prévoyant le cas échéant, dès le résultat, l'accès dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, à un parcours de soins simplifié, co-construit entre la médecine de ville et les établissements de santé. Il s'agit de favoriser l'implication des structures d'hospitalisation dans les campagnes nationales de prévention et de dépistage et de les corréliser avec la prise en soins.

Dans le cadre du suivi des pathologies chroniques, l'utilisation d'outils de télésurveillance doit être privilégiée pour diminuer les réhospitalisations et la mortalité. Cette surveillance doit être déployée dans le cadre d'une organisation permettant une prise en charge rapide du patient, dans le service de spécialité référent dès la manifestation de tout signe évocateur de décompensation.

Des actions de repérage de la fragilité des personnes vulnérables doivent être proposées par les acteurs en contact du terrain (CPTS, équipes mobiles) en lien avec les services d'hospitalisation des établissements pour la réalisation d'un bilan d'évaluation global.

Au niveau territorial, les établissements de santé pourront expérimenter, avec l'ensemble des partenaires, des démarches de responsabilité populationnelle concernant une population ou une pathologie définie pour améliorer la santé de ses habitants.

- *Offrir à chaque patient, quelles que soient sa ou ses pathologies, la possibilité de pouvoir bénéficier d'un parcours de soins personnalisé intégré dans une organisation graduée des prises en charge de proximité et de recours*

Co-construire, pour chacune des spécialités médicales, avec les professionnels de santé du territoire et les associations d'usagers, des parcours de soins et des filières plus lisibles. Il s'agit de clarifier les différents niveaux d'intervention, de premier recours, de soins spécialisés et de soins complexes, au sein desquels le rôle de chaque professionnel est défini collectivement au regard des spécificités du territoire. L'objectif est de répondre plus efficacement aux besoins des patients, à la réalité des ressources disponibles, pour limiter notamment l'errance diagnostique et la perte de chance.

- *Consolider l’articulation premier recours – soins spécialisés en s’appuyant sur des mesures et des dispositifs territoriaux déjà éprouvés*

- Développer les consultations avancées. Ce dispositif s’appuie sur la coopération des professionnels de santé du territoire qui mettent à disposition du temps médical. Il permet également d’apporter une offre de soins contribuant à lutter contre les inégalités de santé.
- Les équipes territoriales contribuent elles aussi à la structuration des parcours de santé. Leur spécificité réside dans l’apport de leurs expertises au plus près du patient, par une approche pluriprofessionnelle. Ces équipes territoriales doivent permettre de répondre aux besoins non couverts.
- Pour l’ensemble des activités de spécialités médicales, l’offre de soins doit privilégier les outils de téléconsultation et téléexpertise (en dermatologie par exemple).
 - *Adapter les prises en charge à l’âge et à l’autonomie du patient et notamment en pédiatrie et en gériatrie*

Cf. parties dédiées : [chapitre 3](#) et [chapitre filière pédiatrique](#).

2. En termes d’organisation des soins

- *Poursuivre le virage ambulatoire*

Il est recommandé, à chaque établissement disposant d’une autorisation d’activité de soins de médecine, de proposer les deux modalités d’hospitalisation. Le développement de l’ambulatoire, adapté à l’âge et à l’autonomie du patient, doit se poursuivre pour répondre aux attentes des patients pouvant rester à domicile.

Pour cela, il est nécessaire d’améliorer l’accessibilité de l’unité d’hospitalisation à temps partiel aux professionnels de ville.

- *Proposer des organisations facilitant le parcours hospitalier de chaque patient*
- Organiser l’admission directe des séjours non programmés pour raccourcir les circuits et les délais de prise en charge, notamment des personnes âgées et à mobilité réduite, et éviter le passage par les urgences. Cette organisation, en lien avec les médecins de ville, d’établissements médicosociaux et/ou hospitaliers, nécessite une communication facilitée, par la mise en place, notamment, d’un numéro dédié.
- Articuler les prises en charge hospitalières en service de médecine avec l’amont et l’aval et notamment avec les établissements médico-sociaux, l’HAD, les services de soins médicaux de réadaptation.
 - *Organiser la sécurisation des parcours de soins*
- Mettre en place les moyens permettant d’assurer la continuité des soins et la permanence médicale.
- Programmer précocement les sorties des patients, notamment dans le cadre d’un retour à domicile en lien avec l’équipe de soins du patient à domicile.
- Dans le cas de parcours complexes, les acteurs peuvent mobiliser les dispositifs d’appui à la coordination ainsi que l’HAD pour la poursuite d’une prise en charge à domicile.

3. En termes de ressources

- *Faire face aux difficultés en matière de ressources humaines*
 - Participer à la garantie pour chaque patient, notamment ceux souffrant d'une affection chronique, de bénéficier d'un médecin traitant.
 - Renforcer le lien ville-hôpital, notamment en soutenant et en revalorisant l'exercice mixte. Il s'agit de favoriser les liens et les articulations entre hospitaliers et libéraux, de soulager les services, et de permettre l'acquisition de nouvelles compétences.
 - Développer le suivi des patients chroniques par les infirmiers en pratique avancée.
 - Déployer les protocoles de coopération, notamment pour le repérage de la fragilité.

- *Proposer une offre de soins prenant en compte les différentes réalités des territoires*
 - L'activité réalisée par l'ensemble des établissements autorisés à l'activité de médecine et la présence des deux centres hospitaliers universitaires (CHU), offre globalement une couverture satisfaisante en termes quantitatifs. Elle doit être mise en perspective avec la préservation des ressources humaines. C'est pourquoi l'augmentation d'activité doit être privilégiée sur les sites déjà autorisés. Toutefois, afin de répondre aux besoins spécifiques d'un territoire isolé ou de prendre en charge des besoins spécialisés la création d'un nombre restreint de sites supplémentaires doit être envisagée sur des bassins de vie parfaitement identifiés.

- *S'appuyer sur des ressources numériques*
 - Organiser la fluidification du parcours hospitalier dans une dynamique territoriale en participant au déploiement d'un outil de gestion des lits au sein de chaque établissement, en lien avec les autres établissements du territoire.
 - Déployer les outils et objets connectés et les systèmes d'information facilitant les prises en charge notamment le numéro direct, les téléconsultations, la téléexpertise, et les échanges sécurisés de données de santé.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.1.2

Activité de médecine, filière pédiatrique

En 2021, on compte 69 004 séjours d'enfants de moins de 18 ans dont 25 687 en ambulatoire et 43 317 en hospitalisation conventionnelle.

Les hospitalisations pour enfants de moins de 2 ans représentent près de la moitié des séjours. Le taux de recours en Paca pour les moins de 18 ans est conforme aux données nationales (1559 patients pour 10 000 habitants en France en 2018 vs 1 457 en Paca¹).

L'activité pédiatrique est fortement impactée par les épidémies hivernales (bronchiolite, grippe, gastro-entérite, etc.) et les tensions capacitaires sont majeures sur ces périodes. Par ailleurs, le nombre de journées d'hospitalisation pour motifs psychiatriques au sein des services de pédiatrie de la région Paca croit de manière continue depuis 2020.

Des contraintes en ressources humaines majeures

Les services de pédiatrie de la région sont confrontés à des tensions en RH de personnels médicaux et non médicaux. L'offre existante en région répond aux besoins en terme d'hospitalisation pédiatrique. Les projections 2023-2050 des effectifs de pédiatre en région attestent d'une baisse de 61 % des effectifs (avec une valeur basse de 223 pédiatres en 2050, contre 572 en 2023)².

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Mise en conformité avec les décrets relatifs à la réforme des autorisations (médecine de l'enfant, chirurgie de l'enfant, HAD moins de 3 ans, soins critiques pédiatriques, SMR).
- Réduction des inégalités sociales et territoriales en santé présentes dès la petite enfance.
- Accompagner l'évolution des places respectives des acteurs dans l'offre de soins.
- Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et l'adolescent.
- Agir sur des thématiques et publics prioritaires.

LES OBJECTIFS

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

Sur les 1 500 000 enfants, adolescents, et jeunes de moins de 25 ans qui résident dans notre région, près de 900 000 vivent dans des territoires identifiés en situation de désavantage social³.

Les priorités sont donc:

- d'agir sur les déterminants de la santé dans une démarche intersectorielle et définir des modalités de collaboration partagées avec les acteurs chargés de la santé et plus particulièrement auprès des enfants et des jeunes ;
- d'améliorer la connaissance, l'évaluation et le suivi des actions. En effet, le déficit de connaissance sur l'état de santé des enfants pénalise les décisions des acteurs impliqués dans la santé des

¹ Source : PMSI

² Source : DREES (<https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins>)

³ Source : ORS Paca, novembre 2022

enfants : choix des investissements pertinents, adéquation de l'offre au besoin, évaluation de l'impact des actions sur la santé des enfants.

2. Préciser le parcours de soins de l'enfant, plus particulièrement pour les enfants atteints de maladie chronique

En région Paca, en 2020, selon les données de l'Assurance Maladie¹, le nombre d'enfants de 0 à 14 ans porteurs d'au moins une maladie chronique est de 60 700 soit une prévalence de 7 %.

- Pour les moins de 5 ans, les maladies respiratoires sont de loin les plus fréquentes avec un taux de prévalence de 4,3 %.
- Chez les enfants de 5 à 14 ans, le taux de prévalence des troubles psychiques et psychiatriques se situe en deuxième rang des maladies les plus fréquentes avec une valeur moyenne de 1,7 %.
- Enfin, pour l'ensemble de enfants de 0 à 14 ans, les taux de prévalence pour pathologies sévères (ex : taux de prévalence des cancers : 0,12%) ou particulièrement suivies (ex : taux de prévalence du diabète : 0,16%) restent peu élevés en regard des chiffres précédents

Les priorités sont donc :

- **D'améliorer le repérage :**
 - impliquer tous les médecins (PMI, médecins scolaires, médecins traitants) ;
 - accroître la place des structures d'exercices coordonnées (CPTS, MSP, centres de santé...) dans la prise en charge des maladies chroniques de l'enfant ;
 - agir sur la formation des médecins libéraux, des internes et des paramédicaux.
- **De 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, en intégrant un accompagnement socio-psychologique de l'enfant et de son entourage.
- **D'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 ;
 - mettre en place des consultations avancées dans les centres périphériques ;
 - veiller à une meilleure répartition de l'offre de structures de SSR pédiatriques ;
 - développer l'offre d'HAD pédiatrique, en lien avec les centres experts.
- **De développer et d'adapter l'éducation thérapeutique :**
 - développer une offre d'éducation thérapeutique plus souple, adaptable en fonction du développement de l'enfant (périodes charnières).
- **D'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.

¹ Source : cartographie des pathologies

3. Agir sur des thématiques et des publics prioritaires

○ Nutrition/surpoids/obésité

Le *Rapport sur l'obésité dans la région européenne de l'OMS 2022*, révèle qu'en Europe, près d'un enfant sur trois est en surpoids ou obèse. Dans notre région, le taux de prévalence de l'obésité est quatre fois et demi plus important en maternelle dans les territoires défavorisés qu'ailleurs. Les travaux menés au titre de la stratégie pauvreté ont fait apparaître le besoin de renforcer très fortement les partenariats autour des démarches de prévention en santé visant les jeunes enfants. La démarche adoptée a été celle d'une démarche 360°, c'est-à-dire tenant compte de l'ensemble des déterminants de l'obésité infantile et non pas uniquement de la nutrition et de l'activité physique.

Les priorités :

- développer la prévention dans une approche globale à 360° ;
- systématiser le dépistage dans le cadre des bilans de santé en école maternelle en lien avec les PMI et l'éducation nationale ;
- améliorer l'orientation vers des professionnels formés ;
- garantir une prise en charge globale et de proximité notamment dans le cadre du déploiement du dispositif « Mission retrouve Ton Cap »¹.

○ Trouble du langage et du développement

Dans notre région, environ 68 000 enfants de moins de 15 ans sont potentiellement concernés par un trouble spécifique du langage et des apprentissages (TSLA). Entre 17 000 et 40 000 d'entre eux présenteraient un trouble sévère².

La Haute Autorité de santé a émis des recommandations nationales en 2018 définissant, d'une part, des stratégies de repérage et de pédagogie spécialisée en milieu scolaire pour les enfants en difficulté d'apprentissage, et d'autre part, l'organisation des soins en premier recours et en second recours, afin d'améliorer l'accès aux soins dans les différents territoires.

Une gradation de l'offre est alors attendue :

Niveau 1 – trouble « isolé » ; coordination effectuée par les professionnels et acteurs de niveau 1

- Améliorer le repérage et l'orientation des enfants présentant des TSLA.
- Améliorer l'accès au dépistage, diagnostic, et à la prise en charge par les professionnels de ville.

Niveau 2 – « troubles complexes ou intriqués » ; besoin d'un appui et d'une expertise

- Rendre lisible l'offre, la consolider, la structurer et la rendre plus accessible pour répondre aux besoins d'appui aux situations complexes.

Niveau 3 – situations très complexes

- Permettre aux Certa, centre de référence des troubles des apprentissages, d'avoir un niveau d'expertise pour des bilans et évaluations pluridisciplinaires et développer la recherche et formation.

¹ Cf. Chapitre 1 « Comment protéger la santé de la population », page 5
² Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf

- *Enfance en danger*

En France, chaque année, plus de 50 000 enfants et adolescents sont victimes de maltraitance. En 2018, une étude a démontré qu'un enfant meurt tous les cinq jours, tué par sa propre famille¹.

Dans notre région, près de 36 000 mineurs et jeunes majeurs sont concernés par une mesure de protection de l'enfance, soit 3,5 % de la population jeune. Au sein de cette population, 15 à 25% bénéficient d'une notification MDPH, soit un taux de notification 6 à 8 fois supérieur par rapport à la population générale. Les jeunes suivis sous protection de l'enfance représentent une population particulièrement touchée par les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les priorités :

Maltraitance infantile

- Accroître la prévention et le repérage des situations de maltraitance.
- Poursuivre la structuration de l'offre hospitalière « enfance en danger » par le développement et la mise en réseau de l'ensemble des unités d'accueils pédiatriques enfance en danger (Uaped).

Jeunes sous protection (ASE/PJJ).

- Poursuivre la démarche partenariale et renforcer les cultures communes avec les institutions chargées de la protection de l'enfance.
- Améliorer le *continuum* du parcours de santé.
 - Mise en place de parcours coordonnés sur la base des expérimentations en cours (Article 51).
 - Poursuivre le déploiement des dispositifs conjoints socio-éducatifs, médico-sociaux et sanitaires visant à répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes.

Les résultats attendus dans 5 ans :

- La connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes est améliorée.
- 100% des enfants bénéficient d'un dépistage des troubles aux âges clef de leur développement.
- Les délais de diagnostic et de prise en charge des maladies chroniques sont réduits et le relais de la prise en charge à l'âge adulte est organisé.
- 100% des jeunes sous protection de l'enfance bénéficient d'un parcours en santé coordonné.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

¹Source : https://www.justifit.fr/b/guides/droit-penal/enfants-victimes-maltraitements-france/#Nombre_denfants_maltraites

CHAPITRE 7.2.1

Chirurgie adulte

Activité soumise à autorisation

Les décrets n°2022-1765 du 29 décembre 2022 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022 définissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des services de chirurgie avec comme principe majeur la chirurgie ambulatoire.

Une seule autorisation sera accordée permettant de pratiquer à la fois la chirurgie ambulatoire et la chirurgie en hospitalisation complète.

11 pratiques spécifiques ont été créées pour la chirurgie modalité « adulte » qui précisent les spécialités mises en œuvre par le titulaire d'autorisation.

Les nouvelles demandes d'autorisation devront être déposées en incluant les pratiques spécifiques. Leur modification devra être portée à la connaissance de l'ARS.

1. Chirurgie maxillo-faciale, stomato et chirurgie orale
2. Chirurgie orthopédique et traumatologique
3. Chirurgie plastique et reconstructrice
4. Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (exceptée la chirurgie cardiaque)
5. Chirurgie vasculaire et endovasculaire
6. Chirurgie viscérale et digestive
7. Chirurgie gynécologique et obstétrique
8. Neurochirurgie sauf l'activité soumise à autorisation
9. Chirurgie ophtalmologique
10. Chirurgie ORL et cervico-faciale
11. Chirurgie urologique

La chirurgie adulte est pratiquée chez des patients de plus de 15 ans et par dérogation chez des patients de moins de 15 ans pour certaines spécialités (ophtalmologie, ORL, chirurgie cervico-faciale, chirurgie orale, stomato et maxillo-faciale et chirurgie plastique reconstructrice) ainsi que chez des patients de plus de 3 ans pour les urgences courantes viscérales pédiatriques (digestif hépatique, urologie, gynécologique, thoracique, vasculaire) et orthopédiques pédiatriques.

Le volume d'actes en Paca est en légère progression, atteignant 578 078 actes du périmètre de chirurgie (hors néonatalogie et hors endoscopie) pour un volume ambulatoire de 366 190 actes. La durée moyenne d'hospitalisation est de 4,99 jours (pour une moyenne en France de 5,12 jours).¹

La région Paca a le taux de recours standardisé en chirurgie le plus élevé : 119 actes de chirurgie pour 100 habitants (versus 98,2 en France). Ce taux de recours standardisé ajusté sur l'âge et le sexe varie de 108,6 dans le Vaucluse à 126,7 dans le Var.¹

Le virage ambulatoire est bien engagé dans notre région qui atteint un taux ambulatoire de 63,35 % ce qui la place en 2^{ème} position après l'Île de France (la moyenne nationale étant de 61,55 %). Le taux potentiel ambulatoire global en Paca est de 82,43%, ce qui laisse une marge de progression importante.¹

¹ Source : Visuchir

La région Paca dispose de 87 implantations de chirurgie adulte.

DEPARTEMENT	NOMBRE D'IMPLANTATIONS 2023
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	3
HAUTES-ALPES	3
ALPES-MARITIMES	18
BOUCHES-DU-RHONE	33 * °
VAR	18 *
VAUCLUSE	12
REGION PACA	87

* Dont HIA (Hôpital d'Instruction des Armées)

° Un établissement avec autorisation ambulatoire seule

Maintien des sites existants dès lors qu'ils répondent toujours aux conditions techniques de fonctionnement.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Poursuivre le virage ambulatoire en développant les prises en charge ambulatoire et/ou les alternatives à l'hospitalisation au sein des établissements, notamment l'Hospitalisation à domicile (HAD).
- Suivi des pratiques thérapeutiques spécifiques afin de rendre l'offre de soins plus lisible et adaptée à la prise en charge des patients.

LES OBJECTIFS

- Continuer le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) dans tous les établissements de chirurgie. Réaliser un état des lieux de la mise en place de cette démarche.
- Organiser la coordination ville-hôpital en favorisant une prise en charge en hospitalisation à domicile lorsqu'une prise en charge pluridisciplinaire est justifiée.
- Analyser les pratiques thérapeutiques spécifiques par territoire afin de connaître les mutualisations possibles dans le cadre de la permanence des soins.
- Suivre les registres d'observation des pratiques pour chaque spécialité chirurgicale permettant ainsi d'identifier les bonnes pratiques par comparaison des données. Ces registres élaborés par les fédérations des spécialités médicales et les Conseils nationaux professionnels devront être renseignés. En cas d'atteinte du seuil d'alerte les titulaires d'autorisation devront engager un dialogue avec l'ARS.
- Suivre les indicateurs de vigilance définis par arrêté du Ministre chargé de la santé sur proposition de la Haute Autorité de santé (HAS) pour les activités concernées.

CHAPITRE 7.2.2

Chirurgie bariatrique

Activité soumise à autorisation

Près de 8,5 millions de Français sont en situation d'obésité, soit une augmentation de la prévalence de 13 % en 10 ans. L'augmentation de la prévalence de l'obésité très sévère correspondant à un Indice de masse corporelle (IMC) > 40kg/m² est de 2,1 % des femmes en 2016, et 1 % des hommes, soit plus de 500 000 personnes adultes¹.

En outre, 12% des adultes vivant dans notre région sont obèses, soit plus de 550 000 personnes. Les enfants et adolescents sont également touchés ; 15% d'entre eux sont en surpoids dont 3.5% en situation d'obésité. Il persiste des inégalités sociales fortes : les enfants d'ouvriers, dès l'âge de 6 ans, sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres².

Le recours à la chirurgie a été multiplié par trois en dix ans. Pourtant, selon la feuille de route de l'obésité 2019-2022, les techniques chirurgicales ne doivent concerner que des obésités sévères réunissant un ensemble de conditions : le recours à la chirurgie n'est à envisager chez les enfants et adolescents que dans des situations exceptionnelles.

L'obésité est source de comorbidités importantes au niveau cardiovasculaire, au niveau endocrinien (diabète type 2), au niveau hépatique (stéatose-hépatites non alcooliques) et est associée fréquemment au syndrome d'apnée du sommeil.

Le plan obésité 2010-2013 a permis de structurer l'offre de soins pour la prise en charge des obésités sévères en labellisant des centres spécialisés de l'obésité (CSO). 2 CSO existent, dans notre région, au CHU de Nice (CSO Paca Est) et à l'AP-HM (CSO Paca Ouest). Ces CSO ont deux missions :

- la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de formes les plus graves d'obésité ;
- l'organisation de la filière de soins dans la région.

Les CSO et l'ARS Paca ont mis en place l'expérimentation « Paca Obésité » (PacO) pour la prise en charge de l'obésité. Cette expérimentation a permis de labelliser à ce jour 13 établissements demandeurs selon les critères de qualité et de pertinence :

- critères liés à l'activité chirurgicale (chirurgien qualifié en chirurgie bariatrique, nombre d'interventions au moins égal à 50 par an) ;
- participation au registre Paca et au dossier médical partagé ;
- plateau technique avec accès à l'imagerie et aux actes endoscopiques nécessaires au bilan et suivi du patient ;
- présence au sein de l'établissement d'une équipe pluridisciplinaire formée et participation à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de chirurgie bariatrique ;
- respect de la pertinence du parcours patient.

Les décrets n°2022-1765 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022 ont créé des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement pour cette activité. L'arrêté du 29 décembre 2022 fixe la liste des actes de chirurgie bariatrique et fixe un nombre d'actes à réaliser annuellement par établissement (à savoir 50 actes parmi ceux cités dans cet arrêté).

¹ Source : HAS 23-JUIN -2022 / améliorer la prise en charge médicale des cas les plus sévères
² Source : CERON PACA

En région Paca, 49 établissements ont au moins réalisé un acte de chirurgie bariatrique dont 34 établissements ont réalisé plus de 10 actes de chirurgie bariatrique en 2022.

NOMBRE D'ACTES	1-10	11-30	31-49	50-70	71-150	>150
PUBLIC	7	4	1	4	4	1
PRIVE	7	1	1	2	6	6
AUTRES (HIA ET ESPIC)	1	-	1	-	2	1
TOTAL	15	5	3	6	12	8

Le regroupement des établissements à faible activité est à privilégier.
Il est nécessaire de maintenir une offre publique et privée.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité en déclinant la feuille de route dans ses 4 axes.

LES OBJECTIFS

Poursuivre le déploiement de la feuille de route obésité.

- *Axe 1 : Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués*
 - Repérer précocement les personnes à risque d'obésité afin de les orienter.
 - Favoriser la prise en charge des personnes atteintes d'obésité par un meilleur accès aux soins.
 - Définir et structurer les parcours des patients en fonction de la gravité, de la complexité de l'obésité et du risque de complications.
 - Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires.
 - Renforcer le rôle des CSO.
 - Mettre en place, pour chaque département, des missions d'appui de CSO auprès des établissements et des professionnels de ces territoires.
 - Développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutiques adaptés à la sévérité et à la complexité de l'obésité.
- *Axe 2 : Renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence*
 - Mieux informer le patient de la nécessité d'une période de préparation avant chirurgie et d'un suivi postopératoire à vie, en cas de chirurgie.
 - Intégrer la chirurgie bariatrique et la chirurgie reconstructrice après chirurgie bariatrique aux travaux engagés dans le cadre de la réforme des autorisations.

- Renforcer le rôle d'appui des CSO dans la chirurgie bariatrique, notamment pour l'organisation des RCP de recours afin de réguler les indications.
 - Rendre effectif un suivi médical au long court après chirurgie bariatrique.
 - Evaluer et valider, avant qu'il n'entre dans le panier de soins, chaque acte innovant.
 - Décrire et adapter un parcours spécifique des patients réopérés en cas d'échec après chirurgie bariatrique.
 - Actualiser les recommandations et préciser celles portant sur des cas spécifiques, en particulier la chirurgie chez les séniors, la chirurgie métabolique, mais aussi l'adaptation du suivi aux différentes techniques chirurgicales.
- *Axe 3 : Développer la formation des professionnels de santé et l'information des personnes en situation d'obésité*
 - Etablir une cartographie des professionnels de santé et de la dimension prospective des besoins.
 - Renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la personne atteinte d'obésité, incluant l'éducation thérapeutique.
 - *Axe 4 : Soutenir l'innovation et mieux évaluer*
 - Accompagner les expérimentations d'organisation et de financement innovants relatifs à la prise en charge de l'obésité.
 - Soutenir et renforcer l'effort de recherche clinique sur l'obésité.
 - Mettre en place des études observationnelles.
 - Renforcer la place des associations de patients agréées parmi les interlocuteurs des professionnels de santé et les acteurs de la prise en charge des personnes à risque d'obésité et des personnes en situation d'obésité.

Les CSO seront renforcés dans leur rôle d'animation de coordination des filières de soins ainsi que d'appui aux professionnels de santé.

Les établissements de santé pourront demander une labellisation PacO, gage de qualité.

CHAPITRE 7.2.3

Chirurgie pédiatrique

Activité soumise à autorisation

La réforme du régime d'autorisation de l'activité de chirurgie décline cette activité en 3 modalités : la chirurgie adulte, la chirurgie bariatrique et la chirurgie pédiatrique.

Les décrets n°2022-1765 du 29-12-2022 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022 régissent les conditions techniques d'implantation et de fonctionnement des services de chirurgie avec comme principe majeur la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie pédiatrique recouvre la chirurgie viscérale (digestif et viscéral, gynécologique, urologie, thoracique, hépatique) et la chirurgie orthopédique (orthopédie et traumatologie) chez des enfants de moins de 15 ans et entre 15 et 18 ans atteints d'une pathologie pédiatrique spécifique (polyhandicap, malformation, suivi pour maladie chronique) avec des conditions techniques de fonctionnement (ressources humaines et environnement) spécifiques et participant au dispositif spécifique régional (DSR).

Il est prévu une dérogation possible pour les urgences courantes des plus de 3 ans avec l'autorisation de chirurgie adulte sous réserve de respecter des conditions spécifiques de formation et de participer au DSR.

Les enfants entre 15 et 18 ans (sans pathologie spécifique) pour les spécialités viscérales et orthopédiques pourront être opérés par un chirurgien adulte.

Concernant les chirurgiens pédiatres, la généralisation d'organisations régionales structurées permettra de renforcer leur activité sur des missions de recours et d'expertise.

Comme pour la pédiatrie, l'exercice hospitalier de la chirurgie pédiatrique est très majoritairement exercé dans le secteur public. Si l'on considère l'ensemble de l'activité chirurgicale auprès des enfants, l'activité privée occupe une place majoritaire (55 % des séjours en 2019¹), il s'agit alors essentiellement d'une activité exercée par des chirurgiens adulte (par exemple en ORL).

Si l'on s'intéresse à la spécialité de chirurgie pédiatrique (qui recouvre surtout la chirurgie orthopédique, traumatologique, viscérale et urologique réalisée exclusivement auprès des enfants), plus de 75 % de l'activité est réalisée dans le secteur public par des chirurgiens pédiatriques. Cela s'explique par le fait que cette activité nécessite un environnement pédiatrique global (pédiatrie, anesthésie, radiopédiatrie, réanimation pédiatrique, néonatalogie), un plateau technique et des équipements particuliers qui se trouvent principalement dans les établissements publics (rapport Igas 2020).

Le recrutement des médecins anesthésistes avec des compétences pédiatriques (en particulier pour la prise en charge des très jeunes enfants) est une difficulté majeure.

Concernant l'activité chirurgicale, maintien des sites existants dès lors qu'ils répondent toujours aux conditions techniques de fonctionnement.

¹ Source : PMSI

L'ENJEU STRATEGIQUE

Organiser la filière de soins pédiatriques.

LES OBJECTIFS

- *Mise en place du dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique dont les missions seront de/d' :*
 - assurer l'animation et la coordination des acteurs de soins à des fins de prévention ;
 - mener des actions visant à promouvoir la lisibilité de l'offre de soins ;
 - mener des actions de promotion de la qualité et de la coordination des soins ;
 - mener des actions favorisant l'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations ;
 - participer, par la formation et la diffusion de protocoles régionaux, à l'amélioration et à l'actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles.

L'adhésion au dispositif spécifique régional est obligatoire pour les établissements souhaitant exercer une activité de chirurgie enfants (Art. R. 6123-207 du CSP) et sera mentionné dans les conditions techniques de fonctionnement. Cela est opposable pour les titulaires de chirurgie adulte réalisant une prise en charge urgente d'enfants de plus de 3 ans pour la chirurgie orthopédique, viscérale, gynécologique et urologique .

- *Veiller à la qualité de la prise en charge des enfants par l'analyse des indicateurs de vigilance*

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.3

Périnatalité

Activité soumise à autorisation

Depuis 2015, le nombre de naissances est en diminution au niveau régional, comme au niveau national. La tendance est moins importante qu'au niveau national. Cette décroissance concerne tous les départements¹.

	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1 155	1 163	1 117	1 008	952	900	1 034	961
HAUTES-ALPES	1 369	1 367	1 298	1 289	1 334	1 244	1 354	1 313
ALPES-MARITIMES	12 363	12 345	12 235	11 959	11 990	11 605	11 752	11 707
BOUCHES-DU-RHONE	26 461	26 108	26 050	26 110	25 743	25 070	25 280	25 025
VAR	9 190	9 149	9 037	8 717	8 963	8 610	8 853	8 884
VAUCLUSE	8 289	8 126	7 994	7 913	7 742	7 707	7 607	7 482
REGION PACA	58 827	58 258	57 731	56 996	56 724	55 136	55 880	55 372
FRANCE METROPOLITAINE	750 859	736 190	721 024	711 726	704 900	688 547	691 941	678 428

La pratique des césariennes reste à un niveau élevé, au-dessus du taux moyen national (21,8% vs 20,9%), et il persiste une importante variabilité entre les départements et entre les maternités².

Le nombre de naissances prématurées est en augmentation et la part des naissances avant 32 semaines d'aménorrhées hors niveau 3 (maternité avec réanimation néonatale) est à un niveau significativement supérieur à la moyenne nationale (22,6% versus 17,6%).

Le taux de recours à l'intervention volontaire de grossesse- IVG- (ville et établissements) demeure également élevé : en 2021, la région Paca a toujours le taux de recours le plus important : 21,8‰ des femmes (15 à 49 ans) contre 14,9 ‰ des femmes en France métropolitaine. Il est à noter un développement de l'offre IVG en ambulatoire avec plus de 350 professionnels de santé ayant conventionnés avec des centres d'orthogénie. En 2021, 43% des interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées dans des structures ambulatoires, ce ratio est en augmentation régulière depuis 2016³.

Caractéristiques de l'offre

L'organisation régionale de l'offre de maternité est constituée de 36 sites de maternité et 5 centres périnataux de proximité, dont 3 maternités de niveau 3 (2 à l'AP-HM, 1 au CHU de Nice), 13 maternités de moins de 1 000 accouchements dont 3 maternités de moins de 500 accouchements et 7 maternités de plus de 2 500 accouchements. (voir [annexe 3](#))

1 Source : PMSI
2 Source : PMSI
3 Source : PMSI

La répartition d'activité entre les secteurs montre une augmentation de 3% des naissances dans les établissements publics de santé depuis le précédent PRS : 67 % des accouchements sont réalisés dans les établissements publics de santé, 21% dans le secteur privé et 13 % dans le secteur privé non lucratif. L'équipement régional en lits de réanimation néonatale est de 0,67 lits pour 1000 naissances en région Paca¹. Il est inférieur aux recommandations dans ce domaine. L'équipement en lits de soins intensifs néonataux reste insuffisant pour répondre aux besoins régionaux. L'équipement en lits de néonatalogie sans soins critiques est insuffisamment utilisé.

Le réseau Méditerranée est un réseau de périnatalité qui couvre la région Paca ainsi que la Corse et la principauté de Monaco. Il a pour mission de coordonner et de soutenir les professionnels de santé dans ce domaine. Son rôle a été renforcé et ses missions développées depuis 2022 avec la mise en place d'une animation départementale de la politique des 1000 premiers jours et l'intégration du projet Cocon (suivi du nouveau-né vulnérable) en son sein.

Concernant la démographie des médecins en gynéco-obstétrique, pédiatrie et anesthésie réanimation, des tensions existent. Cette démographie est très hétérogène selon les territoires et pose, au sein des établissements de santé, des difficultés d'organisation pour assurer la permanence, la continuité et la sécurité des soins, notamment dans les départements alpins, le Var et le Vaucluse. Les perspectives concernant les gynécologues-obstétriciens attestent d'une augmentation de 45% sur la période 2023/2050 (470 obstétriciens en activité en 2023 versus 681 à l'horizon 2050). En revanche les effectifs de pédiatre sur la même période régressent de 61% : 223 pédiatres à l'horizon 2050 versus 572 en 2023². Concernant la profession des sages-femmes on note une augmentation régulière des effectifs en région, cette progression prenant place dans le cadre d'un développement important des compétences réglementaires et une contribution croissante aux soins de gynécologie, aux IVG et au suivi des grossesses.

Si le cadre de référence concernant l'activité d'obstétrique et de néonatalogie demeure celui des décrets périnatalité de 1998, il convient de prendre en compte de nouvelles dispositions réglementaires visant à accompagner un virage ambulatoire en périnatalité avec notamment la mise en place de mentions hospitalisation à domicile ante et post natale, le développement de l'offre d'hôtels hospitaliers maternité pour les maternités situées à plus de 45 minutes du lieu de résidence de leur patientèle. Par ailleurs, le cadre réglementaire paru en novembre et décembre 2021 autorise la mise en place des maisons de naissance (Décret n°2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance, Instruction n° DGOS/R3/2021/248 du 14 décembre 2021 relative à la pérennisation des maisons de naissance).

LES ENJEUX STRATEGIQUES

Il s'agit 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 adaptées aux problématiques de démographie médicale.

Un tel enjeu se heurte aujourd'hui notamment à deux constats qui imposent une approche spécifique dans ces domaines :

- 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, un moindre recours à la contraception, un risque de retard au diagnostic et une aggravation du risque associé aux

¹ Source : PMSI

² Source : DREES (<https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins>)

- affections sous-jacentes ainsi qu'un risque accru de prématurité et de naissance de nouveaux nés avec un faible poids pour leur âge gestationnel ;
- des inégalités d'accès géographiques pour des populations éloignées pour lesquelles des réponses adaptées doivent être apportées.
- Garantir la sécurité maternelle et du nouveau-né
 - Proposer une offre de soins graduée et adaptée aux besoins de la population et à ses évolutions.
 - Améliorer les pratiques en périnatalité.
- Garantir la fluidité du parcours en périnatalité et développer le lien ville/hôpital
- Accompagner le virage ambulatoire
- Soutenir la stratégie des 1000 premiers jours sur les territoires
 - Développer les actions de prévention et de repérage des fragilités et des vulnérabilités.
 - Prendre en compte les impacts sur la santé de l'environnement dès la grossesse.

LES OBJECTIFS

1. Améliorer le parcours en périnatalité

- *Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée*
- Faciliter l'accès à la contraception pour tous par la mise en place de la stratégie régionale de santé sexuelle. La mise en coordination de l'ensemble des acteurs (éducation nationale, professionnels de santé libéraux, centre de planifications, protection maternelle et infantile, etc.) doit donner de la lisibilité sur leurs positionnements respectifs.
- Poursuivre l'organisation régionale de l'accès à l'IVG pour toutes les femmes et tout au long de l'année, 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.
- *Garantir un accès coordonné au parcours de périnatalité : un enjeu de coordination ville/hôpital/Protection maternelle et infantile -PMI*

Les 1000 premiers jours de l'enfant constituent une période sensible pour le développement de l'enfant.

- Améliorer l'accès à l'entretien prénatal précoce pour les femmes enceintes notamment celles qui sont socialement défavorisées.
- Poursuivre le déploiement des staffs médico-sociaux en veillant à leur bonne articulation avec les professionnels de santé libéraux et des PMI.
- Déployer l'entretien post-natal précoce.

La mise en place d'un outil e-parcours en périnatalité sur l'ensemble du territoire, contribue à la fluidité du parcours par un meilleur échange d'information entre professionnels (libéraux, hospitaliers, PMI) et une amélioration de la lisibilité du parcours de la femme enceinte et du nouveau-né.

Dans le cadre de la politique des 1 000 premiers jours, une attention toute particulière est apportée aux femmes enceintes/couples en situation de vulnérabilité psycho-sociale :

- développer la prévention et le repérage en antéconceptionnel. Des consultations seront proposées au sein de tous les établissements bénéficiant d'équipes de psychiatrie périnatale ;
- développer sur les territoires le partenariat en périnatalité entre acteurs du sanitaire et du social tant à un niveau institutionnel qu'opérationnel : ARS, DREETS, DEETS, CAF, CPAM, MSA, CD/PMI¹, associations, etc. ;
- prendre en compte les besoins spécifiques en lien avec les situations de protection de l'enfance ;
- mettre en place au niveau régional un SAPPH (service d'accompagnement à la périnatalité et la parentalité des personnes en situation de handicap).

Prendre en compte les impacts sur la santé de l'environnement dès la grossesse :

- accompagner les maternités à la mise en place d'un plan d'actions de prévention en santé environnementale y compris en néonatalogie ;
- poursuivre le soutien de l'ARS aux actions de formation des professionnels de la périnatalité aux risques sanitaires liés à l'environnement.
- des consultations préconceptionnelles doivent permettre, avant toute grossesse, de mesurer les risques environnementaux et orienter le cas échéant les femmes/couples vers des consultations spécialisées.

2. Garantir un accouchement et une naissance sécurisés

- *Garantir à toute femme enceinte et tout nouveau-né une prise en charge adaptée à son niveau de risque*

La mise en place d'une cellule de régulation périnatale Paca/Corse accessible à tous les établissements doit permettre une orientation vers la maternité la plus conforme aux besoins de la mère et/ou du nouveau-né. A ce titre la réduction des naissances *out born*² sera un des points d'attention.

- L'organisation des transports néonataux devra être confortée sur l'ensemble de la région.
- L'amélioration des pratiques en périnatalité devra être poursuivie. Quatre axes seront particulièrement renforcés :
 - la déclaration des évènements indésirables graves liés aux soins en périnatalité sera systématisée ;
 - le recours aux césariennes programmées sera conforme aux recommandations de bonnes pratiques actuelles (indications de la césarienne programmée à terme, recommandation de bonnes pratiques : HAS Avril 2012).
 - la formation par simulation à la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance sera systématisée pour l'ensemble des professionnels concernés ;
 - l'ensemble des recommandations de la charte du nouveau-né hospitalisé seront mises en œuvre au sein des établissements concernés. Publiée en novembre 2021, la Charte du nouveau-né hospitalisé définit, en 10 points, les besoins essentiels du bébé. Elle s'appuie sur la « théorie de l'attachement » qui montre que, pour avoir un développement optimal, sur les plans social, affectif et cognitif, un nouveau-né doit établir une relation continue avec ses parents.
- *Permettre à la mère et à son entourage d'être au cœur du soin*
- Des espaces physiologiques de naissances (salle d'accouchement aménagée pour permettre un accouchement naturel dans un maximum de confort) seront créés dans

¹ Cf. glossaire

² Accouchement dans une maternité non adaptée au risque maternel ou néonatal.

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 permettant de replacer les parents au cœur des soins seront encouragés. Ces soins visent un ensemble de stratégies qui favorisent chez l'enfant prématuré un développement harmonieux dans ses composantes physiques, psychologiques, comportementales et relationnelles.

3. Adapter l'offre de soins aux besoins des territoires

Pour des raisons de sécurité, les maternités doivent disposer d'une équipe médicale suffisante pour assurer une présence permanente de sages-femmes, de gynécologue obstétricien, d'anesthésiste et de pédiatre. Ces conditions de sécurité sont très difficiles à atteindre dans certaines 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. En cas de difficulté de fonctionnement, des regroupements d'activité pourraient s'envisager sur les territoires en veillant à répondre au double objectif de la sécurité de la mère et du nouveau-né et d'un maillage territorial répondant aux besoins de la population des territoires.

- o *Faire évoluer le capacitaire existant notamment en néonatalogie*

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).

- Conforter la place des centres périnataux de proximité (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, en donnant ainsi plus de sécurité aux femmes et aux professionnels.
- Développer les nouvelles offres : le virage ambulatoire en périnatalité est dorénavant encadré par de nombreux dispositifs réglementés (HAD ante et post-partum, maisons de naissance, équipes mobiles de néonatalogie, hôtels hospitaliers maternité). Ces nouvelles organisations se mettront en place dans chaque territoire en fonction des besoins et contribueront à l'amélioration du parcours et à la coordination des acteurs.

4. Porter une attention particulière à certains parcours

Certains parcours feront l'objet d'une attention particulière car s'intégrant dans des stratégies nationales et des besoins de santé spécifiques.

• Santé de la femme

- Parcours grossesse et maladies: certains parcours de maladies chroniques au cours de la grossesse nécessitent une gradation spécifique des soins (obésité, handicap, troubles neurologiques...).
- Conformément à l'instruction ministérielle, la gradation de l'offre endométriose sera mise en place et les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) seront généralisées.
- Compléter l'offre régionale existante par des dispositifs dédiés à la prise en charges des femmes victimes, pour leur garantir un accès adapté à des soins.

• Nouveau-nés

- La mise en place du programme Cocon (suivi du nouveau-né vulnérable) permettra de coordonner l'action de tous les acteurs (pédiatres libéraux et hospitaliers, centres d'action

médico-sociale précoces – CAMPS, PMI, etc.) pour garantir pour les nouveau-nés vulnérables un dépistage précoce, le diagnostic et la prise en charge dans tous les territoires.

- Garantir un dépistage de qualité aussi bien des maladies métaboliques que de la surdité néonatale 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 CAMPS 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.

Les résultats attendus dans 5 ans :

- Le nombre d'IVG tardives est en régression.
- 80% des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal précoce.
- 60% des femmes bénéficient d'un entretien post natal précoce en post accouchement.
- Le taux de césariennes non conformes aux recommandations a diminué.
- Les événements indésirables grave liés à la naissance sont tous signalés à la plateforme.
- Le nombre de naissance *out born* avant 32 semaines d'aménorrhée a régressé.
- Tous les enfants vulnérables ont un suivi organisé jusqu'à 4 ans.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.4

Psychiatrie

Activité soumise à autorisation

[Cf. chapitre 5](#)

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.5

Établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Activité soumise à autorisation

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) fait l'objet d'un changement de dénomination et devient une activité de « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) dans le cadre de la réforme des autorisations d'activité de soins.

L'activité de SMR est réglementée par les décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022 qui permettent de renforcer la qualité de l'offre de réadaptation et de l'harmoniser sur le territoire national, déclinés en instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022.

L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive, d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

L'objectif de la réforme des autorisations d'activités de soins est de conforter la place du SMR dans le parcours patient, tout au long de celui-ci.

Les établissements SSR, futurs SMR, ont montré leur réactivité au cours de la crise Covid, tant dans la prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation rapide que dans le partenariat entre établissements, tous secteurs confondus, afin de fluidifier les parcours de soins et de contribuer à la réponse exceptionnelle requise en offre de soins. Ce partenariat de l'ensemble des SMR a été possible grâce à l'existence de lits dits « polyvalents » (prise en charge non spécialisée) identifiés au sein de chaque établissement.

Les établissements SMR sont soumis en parallèle à une réforme du financement générant une période de transition.

En outre, 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 SMR à venir.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur représente 8% de la population métropolitaine et réalise environ 10% de l'activité nationale SMR avec 147 établissements. Le taux d'équipement concerne les lits et places adultes et enfants pour 1000 habitants : la moyenne en région Paca est de 2,4 pour une moyenne en France métropolitaine de 1,8¹ mais avec une répartition infra régionale parfois inégale. Depuis plusieurs années, la région se caractérise par un taux de recours standardisé SSR parmi les plus élevés de France métropolitaine (1,21 en 2021).

En 2022, la production de soins des établissements SMR par statut juridique se répartit à 68% dans le privé, 19% dans le privé d'intérêt collectif et à 13% dans le public.

¹ Source Score Santé Statiss 2022

LES ENJEUX STRATEGIQUES

Les SMR s'impliquent dans une coordination avec les acteurs et structures de proximité mais ont aussi un rôle de recours spécialisé et d'expertise pour d'autres établissements en proposant des organisations plus graduées (plateaux techniques hautement spécialisés) ; ils participent à l'animation territoriale.

Cette activité SMR est structurée et l'autorisation délivrée par l'ARS précise la ou les mentions selon la ou lesquelles l'établissement exerce, y compris pour la mention « polyvalent ».

Ainsi, dans ce contexte de double réforme à la fois des autorisations et du financement, les SMR sont amenés à poursuivre les évolutions entreprises, en tenant compte également des contraintes en terme de moyens humains.

LES OBJECTIFS

1. Renforcer la gradation des prises en charge en vue d'une juste accessibilité à l'offre de réadaptation et d'une pertinence des prises en charge dans une logique de médecine de parcours et de précision

Quelles que soient leurs autorisations, les SMR doivent s'inscrire dans les filières de prise en charge :

- de proximité dans des SMR polyvalents et spécialisés pour les pathologies à forte prévalence ;
- de recours spécialisé dans des SMR disposant d'une mention spécialisée, et si possible facilité par le travail en filières identifiées avec les établissements adresseurs d'amont ;
- d'expertise dans des SMR identifiés par l'ARS pour leur « activité d'expertise » et respectant les cahiers des charges nationaux pour des pathologies à faible prévalence intégrés dans des parcours de soins au niveau territorial voir régional. Cette activité d'expertise doit s'exercer y compris par des formes d'intervention à distance ou hors les murs.

Selon les mentions, le recours pourra s'apprécier par territoire ou bassin de vie dès que possible et selon les modalités d'hospitalisation attendues ; départemental ou infra régional pour des prises en charge plus spécialisées.

2. Renforcer le suivi des prises en charges des maladies chroniques en SMR

- En favorisant, l'admission directe de patients depuis leur domicile, en coordination avec les professionnels de ville et des établissements sociaux et médico-sociaux. Les SMR s'inscrivent et contribuent dans ce contexte aux plans régionaux et nationaux d'organisation des filières de soins en vigueur.
- En diversifiant les objectifs et modes de prises en charge (suivi au long cours, bilans d'évaluation et bilans d'expertise notamment en hospitalisation à temps partiel - HTP, éducation thérapeutique, consultations de suivi, télé-suivi) et s'articulant à ce titre avec les centres d'expertises régionaux à chaque fois que cela est pertinent.
- En permettant l'accès à la pluridisciplinarité des compétences en une unité de lieu permettant une réponse holistique au patient et une transition avec son milieu de vie habituel.

Des SMR neurologiques ou gériatriques assurent des prises en charge directes pour l'évaluation de maladies neuro-dégénératives. D'autre part, des SMR sont impliqués dans la filière soins palliatifs avec des lits de soins palliatifs dédiés permettant une réponse de proximité pluridisciplinaire de premier niveau dans certains territoires isolés ou rencontrant une démographie des professionnels de santé libéraux déclinante.

La constitution d'équipes mobiles de rééducation-réadaptation est à promouvoir dans certains bassins de population afin de renforcer la fluidité des prises en charge pour des filières de soins ou pathologies nécessitant un suivi répété et au long cours.

3. Poursuivre le virage ambulatoire pour l'ensemble des établissements SMR

- En déployant l'hospitalisation à temps partiel qui devient une obligation pour l'ensemble des SMR.
- En proposant des consultations au sein de filières structurées ou inter-établissements pour des parcours de prises en charge coordonnés.
- En intégrant des nouvelles technologies dans la prise en charge de patients, notamment la télé-réadaptation.
- En créant des partenariats entre structures HAD de réadaptation et SMR sur chaque territoire faisant face à des tensions sur la démographie de médecins en médecine physique et de réadaptation (MPR) ou des métiers de la rééducation.

La poursuite du développement de l'hospitalisation à temps partiel est à soutenir notamment pour la réadaptation cardiaque, pour le suivi des pathologies plutôt chroniques.

4. Accentuer la prévention en rééducation-réadaptation à tous les stades de la pathologie et de ses conséquences

- En mettant à profit la présence du patient en rééducation-réadaptation sur une même unité de temps et de lieu pour des actions coordonnées de prévention délivrées par une équipe pluridisciplinaire, en complémentarité des professionnels de ville.
- En se positionnant activement pour offrir une éducation thérapeutique de qualité (accès facilité à des programmes labellisés) ; y compris à l'entourage familial et/ou aidant en facilitant leurs conditions d'accueil, en soutien et en complémentarité des professionnels de ville.
- En promouvant l'accès, la formation et l'utilisation d'objets connectés en santé de qualité notamment des dispositifs de surveillance connectés homologués, etc.
- En proposant l'implication de patients-experts et de l'expérience patient.

Les SMR doivent s'articuler avec les dispositifs de parcours de soins de ville par exemple pour l'obésité (éducation thérapeutique du patient), pour les maladies neurodégénératives (évaluation de pathologie débutante) pour contribuer à une meilleure prévention et qualité de vie des patients.

Un patient expert, ou patient partenaire, est un individu qui est concerné comme patient ou parent par une maladie chronique et développe au fil du temps une connaissance fine de la maladie ¹.

5. Améliorer le lien ville/SSR

- En rendant lisible l'offre que chaque SMR propose auprès des autres professionnels de santé du territoire et en s'inscrivant dans les communautés professionnelles de santé (CPTS), dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes, en partenariat avec d'autres établissements de santé d'amont, d'aval et avec des structures médico-sociales ;
- En ouvrant à plus de collaboration avec les professionnels libéraux, au besoin en facilitant l'accès aux plateaux de rééducation et d'activité physique adaptée ;
- En accentuant le recours et le partenariat à l'expertise de certains professionnels du SMR, notamment dans des territoires où l'offre de ville connaît des carences ;

¹ Inserm (2022) – « Patients experts : des risques de dévoiement ? » à <https://www.inserm.fr/actualite/patients-experts-des-risques-de-devoiement/>

- En développant les admissions directes en fonction des spécialisations des établissements SMR.

L'intégration des SMR dans des filières de soins structurées contribuera à un parcours de prise en charge adapté et fluide, en lien direct avec le domicile.

Les mentions autorisées en SMR

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « POLYVALENT »

La mention « Polyvalent » est une mention à part entière dont les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation ont été définies.

De fait, il ne s'agit plus d'une notion socle de fonctionnement mais bien d'une offre identifiée dans une logique de gradation des soins, elle constitue le premier niveau d'une offre de soins médicaux et de réadaptation de proximité.

Cette offre polyvalente est indispensable à la fluidité des parcours de soins, aux filières d'aval des structures MCO. Aussi les admissions directes depuis le domicile sont à développer.

Ces SMR peuvent disposer de lits identifiés et répondre à la prise en charge en soins palliatifs au niveau des bassins de vie.

Une souplesse dans le fonctionnement de cette mention permettra également à chaque SMR spécialisé, de toute mention, de contribuer à la réponse nécessaire pour fluidifier l'offre de soins en cas de crise sanitaire, de tensions hospitalières notamment saisonnières (période estivale, etc...), dans une logique de solidarité entre établissements.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « GERIATRIE »

Les SMR gériatriques assurent une prise en charge holistique de la personne âgée.

Ils s'intègrent à part entière dans la filière gériatrique sanitaire territoriale et à tous les stades du parcours de soins et doivent contribuer à la fluidité de ces parcours en coordination avec les acteurs de soins en ville ; pour notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique, de l'iatrogénie médicamenteuse, la prévention des chutes, les soins palliatifs (lits identifiés) etc.

Au regard de l'accélération attendue du vieillissement de la population régionale et de l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance physique liées à l'avancée en âge, des SMR sont développés en lien avec une accessibilité géographique souhaitée.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « SYSTEME DIGESTIF, ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE, NUTRITION »

Avec l'évolution des prises en charge privilégiant l'ambulatoire, il est préconisé que les SMR autorisés à cette mention s'impliquent dans les filières dédiées, notamment en lien avec les centres spécialisés de l'obésité (CSO) des deux centres hospitaliers universitaires de la région. Pour des pathologies spécifiques complexes, le recours d'expertise peut être régional.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « PNEUMOLOGIE »

Ces SMR se situent au niveau de recours territorial ; en hospitalisation complète pour des pathologies à un stade nécessitant une surveillance médicale importante, en hospitalisation à temps partiel pour des pathologies chroniques justifiant une réadaptation complexe et intensive.

Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies spécifiques (mucoviscidose, patients trachéo-ventilés...).

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « CARDIO-VASCULAIRE »

En lien avec les médecins de ville et/ou les services de court séjour, les établissements de SMR autorisés à la mention « cardio-vasculaire » assurent un recours spécialisé pour une meilleure prise en charge en réadaptation notamment de l'insuffisance cardiaque privilégiant la modalité de prise en charge à temps partiel.

Le taux de recours standardisé aux SMR « cardiologiques » (Nombre de journées HTP) est de 99 en France, 77,8 en région Paca avec des disparités départementales importantes, à soutenir dans des départements identifiés pour une meilleure accessibilité géographique ou sur des agglomérations à forte densité de population.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « SYSTEME NERVEUX »

La prise en charge des patients en SMR autorisés à la mention « système nerveux » doit se situer au niveau de recours spécialisé territorial. Ces services doivent être intégrés dans des parcours de soins dédiés, réactifs en aval de court séjour spécialisé (filière AVC) et/ou pouvant assurer des admissions même si le patient n'est pas complètement stabilisé afin d'assurer une rééducation/réadaptation précoce (cf. activités d'expertise neurologiques issues des cahiers des charges nationaux).

Les maladies neurodégénératives peuvent bénéficier de prises en charge spécifiques dans ces SMR selon les modalités d'hospitalisation complète mais aussi à temps partiel, à différents stades de la maladie.

Certains SMR peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional ou interrégional pour certaines prises en charge spécifiques, notamment celles des blessés médullaires, des patients cérébrolésés.

Le rôle important des équipes mobiles de SMR est souligné pour ces prises en charge spécialisées.

A l'horizon 2028, entre 12,2 % et 13,8 % de la population régionale de 75 ans et plus pourrait être affectée par une maladie neurologique. Cela représenterait une hausse de 16,4 %.

Mention spécialisée à soutenir sur des départements géographiquement étendus pour améliorer l'accessibilité rapide.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « LOCOMOTEUR »

Les établissements de SMR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur se situent au niveau spécialisé de recours territorial. L'offre doit s'adapter à l'évolution des pratiques avec selon les pathologies concernées une orientation préférentielle pour les modalités d'hospitalisation à temps partiel ou une prise en charge libérale. Aussi des lits existants peuvent être réorientés vers d'autres mentions spécialisées.

Certains SMR peuvent également jouer un rôle d'expertise de recours régional pour certaines prises en charge spécifiques, notamment celle des amputés.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « CONDUITES ADDICTIVES »

Les structures de SMR autorisées à la mention « conduites addictives » sont une des composantes de la filière de soins addictologiques hospitalière et sont des structures addictologiques de niveau 2, recours d'un territoire. Ces SMR spécialisés sont un temps intermédiaire de prise en charge entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques, de manière à s'articuler avec tous les niveaux du dispositif de soins en addictologie : dispositifs médico-sociaux – CSAPA CAARUD, médecine de ville, réseaux de santé.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « BRULÉS »

Il s'agit de prises en charge hautement spécialisées pour des SMR situés à un niveau d'expertise, en lien avec les structures de prise en charge de la phase aigüe et le centre régional de traitement des

brulés et permettent une prise en charge spécialisée précoce dans des SMR bien identifiés. La télé expertise sera un moyen d'affirmer le rôle de recours régional.

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « ONCOLOGIE ET HÉMATOLOGIE » DE LA MODALITÉ « CANCERS »

Ces établissements prennent en charge actuellement les hémopathies malignes de l'adulte, dans le cadre d'une filière de soins hématologiques développée par certains établissements aigus de recours régional ou inter-régional.

Ces SMR sont identifiés et des partenariats avec les services spécialisés d'amont doivent être soutenus notamment pour la prise en charge de complications post traitements.

Ils sont de fait autorisés à la nouvelle mention « Oncologie » de la modalité « Cancers ».

SMR AUTORISÉ À LA MENTION « ONCOLOGIE » DE LA MODALITÉ CANCERS

L'orientation vers une structure SMR autorisée à la nouvelle mention « oncologie » peut être envisagée à tous les stades de la maladie pour proposer un projet et parcours de soins personnalisé et adapté ainsi que des soins de support, en accord avec le patient et ses proches.

Des SMR seront autorisés de manière à assurer un recours spécialisé en veillant à l'accessibilité géographique autant que possible.

Ces SMR peuvent disposer de lits identifiés de soins palliatifs voire d'unité dédiée. Leur engagement dans des prises en charge de soins complexes doit être encouragé, notamment avec les services carcinologiques d'ORL et d'urologie prêts à assurer des partenariats.

SMR AUTORISÉ AUX MENTIONS DE LA MODALITÉ « PÉDIATRIE »

L'autorisation d'un SMR à cette mention privilégie la dimension transversale pédiatrique; avec distinction de tranches d'âge :

- « enfants et adolescents » pour les mineurs de 4 ans et plus ;
- « jeunes enfants, enfants et adolescents » pour les mineurs de moins de 4 ans. Cette tranche d'âge ne peut être autorisée par l'ARS qu'en complément pour les établissements SMR autorisés sur la tranche d'âge « enfants et adolescents ».

Quelles que soient leurs spécificités, les SMR pédiatriques doivent s'inscrire dans les cinq missions fondamentales du SMR, dans les filières pédiatriques régionales de prise en charge de recours spécialisé en lien avec les centres experts régionaux.

La diversité des modalités de prise en charge y compris par des formes d'intervention à distance ou hors les murs sera encouragée. Le rôle des équipes mobiles en SMR pédiatrique est notamment souligné pour certaines prises en charge spécialisées de l'enfant.

Leur création sera encouragée sous réserve de l'évolution nationale de la réforme.

L'offre régionale de SMR pédiatriques demeure diversifiée et riche, à soutenir dans des agglomérations à forte densité de population. Certains SMR pédiatriques s'inscrivent dans des filières très spécifiques.

Aussi la visibilité de l'offre pédiatrique actuelle est à améliorer notamment pour ses particularités de prises en charge.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.6

Médecine nucléaire

Activité soumise à autorisation

La médecine nucléaire permet d'étudier le fonctionnement des organes, le métabolisme des éléments constituant de l'organisme et ce à l'échelon moléculaire. Elle est devenue une activité de soins¹ comportant une composante diagnostique et une composante thérapeutique.

Cette activité repose sur deux grands types d'examen : la tomographie par émission de positons (TEP) et la scintigraphie.

- Le nombre d'examens réalisés par les TEP augmentent en France de 12% par an en moyenne (+ 16.77% 2022 versus 2021), et de 14.7% en Paca.
- Les examens réalisés par gamma caméras (scintigraphie osseuse, de perfusion myocardique, pulmonaire, rénale, etc.) ont plutôt tendance à se stabiliser en France (+0.05% 2022 versus 2021), comme dans notre région, les scintigraphies cardiaques et osseuses étant les plus représentatives².

La composante thérapeutique de la médecine nucléaire repose sur l'administration de médicament radiopharmaceutique qui entraîne des contraintes d'utilisation particulières. Pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, une gradation en 2 niveaux s'est imposée (article R. 6123-135 du Code de la Santé Publique).

- **Mention A** : lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques prêts à l'emploi ou préparés conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos.
- **Mention B** : lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés en mention A, les actes suivants :
 - o B1 : les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques préparés selon un procédé aseptique en système ouvert ;
 - o B2 : les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
 - o B3 : les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
 - o B4 : les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques.

L'autorisation d'activité de soins de médecine nucléaire se substitue à l'autorisation d'installation d'équipement de matériel lourd (EML).

¹ **Nota bene** : En l'état du droit actuel, les autorisations d'activités de soins ne peuvent pas être délivrées à certaines personnes morales titulaires à ce jour des autorisations d'EML dont l'objet est la mise en commun du matériel nécessaire à l'exercice de l'activité de leurs membres (par exemple, les groupements d'intérêt économique [GIE], sociétés civiles de moyens [SCM] ou groupements de coopération sanitaire [GCS] de moyens). Les professionnels qui exercent leur activité grâce aux moyens mis en commun dans le cadre de SCM, GIE ou GCS de moyens devront donc, s'ils souhaitent continuer à exercer leur activité en partageant le matériel, se regrouper sous une nouvelle forme de structure juridique habilitée à recevoir une autorisation d'activité de soins (ex : société d'exercice libéral [SEL], société d'exercice libéral à responsabilité limitée [SELARL], GCS établissement de santé, société civile professionnelle [SCP]).

Cf. Instruction N° DGOS/R3/2022/266 du 19 décembre 2022 relative à l'activité de soins de médecine nucléaire.

² Conseil National Professionnel de Médecine nucléaire (CNP MN)

16 plateaux techniques de médecine nucléaire existent en région Paca. Seul le département des Alpes-de-Haute-Provence n'en dispose pas.

4 plateaux techniques n'atteignent pas le seuil de 3 EML prévu par la nouvelle réglementation¹.

Sous réserve d'obtention de l'autorisation de médecine nucléaire, postérieurement à la publication du présent SRS-PRS, les promoteurs concernés pourront augmenter leur parc EML sous réserve de respecter la mixité sur site des appareils (TEP-gamma caméra).

Bilan des équipements en Paca

CONCERNANT LES GAMMA CAMERAS		
TERRITOIRE	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0	0
HAUTES-ALPES	1	1
ALPES-MARITIMES	4	10
BOUCHES DU RHONE	7	18
VAR	3*	7
VAUCLUSE	1	3
TOTAL PACA	15	39

*Dont l'HIA Ste Anne.

Le taux d'équipement par million d'habitants en Paca est de 7,7 pour une moyenne de 7,5 au niveau national.

CONCERNANT LES TEP		
TERRITOIRE	NOMBRE D'IMPLANTATIONS	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0	0
HAUTES-ALPES	1	1
ALPES-MARITIMES	3	5
BOUCHES DU RHONE	7	9
VAR	2*	3
VAUCLUSE	1	1
TOTAL PACA	13	19

Le taux d'équipement en Paca est de 3,74 TEP par million d'habitants contre 3,8 TEP au niveau national.

¹ Arrêté du 1er février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du CSP.

Plateaux techniques activité diagnostique

TOUS LES PLATEAUX TECHNIQUES EXISTANTS	
TERRITOIRE	NOMBRE DE SITES
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0
HAUTES-ALPES	1
ALPES-MARITIMES	3
BOUCHES DU RHONE	3
VAR	2
VAUCLUSE	0
TOTAL PACA	9

Plateaux techniques activité thérapeutique

TERRITOIRE	NOMBRE DE SITES
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0
HAUTES-ALPES	0
ALPES-MARITIMES	2
BOUCHES-DU-RHONE	3
VAR	1
VAUCLUSE	1
TOTAL PACA	7

LES ENJEUX STRATEGIQUES

Structurer l'offre de soins en région des plateaux techniques de médecine nucléaire en tenant compte des besoins de la population et des ressources RH

Il y aura lieu d'anticiper les évolutions technologiques, les nouvelles indications diagnostiques (ex : maladies neurodégénératives), l'évolution de la thérapie dans le traitement des cancers.

La région Paca recense 59 médecins de médecine nucléaire dont 80% ont moins de 55 ans avec 1 médecin formé par an sur Nice et Marseille, ce qui est insuffisant ¹. L'activité de thérapie impose d'avoir des médecins nucléaires formés à cette nouvelle discipline. Très peu le sont actuellement. Ils devront partager leur temps entre l'activité de thérapie et l'activité de diagnostic.

La présence d'un radiopharmacien et d'un radiophysicien est indispensable. La difficulté de recrutement des manipulateurs d'électroradiologie médicale (MERM) peut impacter sur l'activité de médecine nucléaire que ce soit en diagnostique qu'en thérapie.

¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

LES OBJECTIFS

1. Consolider l'offre sur les plateaux de médecine nucléaire existants

Notre région n'est pas sous dotée en EML et se trouve dans la moyenne nationale. La réforme des autorisations va permettre à 3 plateaux techniques existant d'obtenir 3 équipements lourds supplémentaires. 2 plateaux techniques auront le choix entre 1 TEP et une gamma caméra, le 3^{ème} plateau technique devra nécessairement installer un TEP afin d'avoir la mixité des appareils. Un établissement vient d'obtenir en mars 2023 son 2^{ème} TEP.

Les besoins étant couverts par les plateaux techniques existants, l'installation de nouveaux appareils sur ces derniers permettra de prendre en charge 1 à 2 patients supplémentaires par jour par TEP. Sous réserve d'obtention de l'autorisation de médecine nucléaire octroyée par l'ARS, la réforme des autorisations permettra d'obtenir des appareils supplémentaires (TEP – TEMP) sur simple information de l'ARS lorsque le nombre maximal des équipements pour un site autorisé n'est pas atteint (3 EML). Pour obtenir un appareil supplémentaire, lorsque le seuil de 3 EML est déjà atteint par le plateau technique, l'ARS appliquera la procédure prévue à l'article R. 6123-136 du Code de la santé publique.

Un bilan intermédiaire sera réalisé afin d'évaluer si les besoins de la population sont couverts.

2. Différencier les plateaux techniques disposant d'une activité diagnostique et thérapeutique en répondant prioritairement aux besoins en cancérologie mais également hors cancérologie (file active)

La région Paca dispose de 12 chambres radioprotégées qui suffisent à la prise en charge des patients d'autant que l'évolution de la thérapie permet maintenant une prise en charge en ambulatoire beaucoup plus importante qu'auparavant.

L'activité de thérapie débute, la prise en charge notamment pour le cancer prostatique métastatique évalué à 1 200 cures en région Paca (soit environ 200 patients) ; le coût médico-économique est incertain, d'autres thérapeutiques pourront voir le jour dans les années à venir.

Les services déjà impliqués dans ces activités se sont réorganisés pour prendre en charge 2 à 6 patients en plus par jour permettant de couvrir les besoins actuels.

Les plateaux techniques existants ayant déjà une activité classée B seront ainsi maintenus.

Un bilan intermédiaire sera réalisé afin d'évaluer si les besoins de la population sont couverts. Si des besoins émergent, il sera pris en compte : le nombre d'équipement des sites déjà autorisés sur un même territoire, de leur saturation et de l'attractivité du territoire concerné.

Le plateau technique mention B sera attendant à une structure hospitalière qui s'inscrit dans un partenariat pluriprofessionnel, oncologues, radiothérapeutes avec participation du médecin nucléaire aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). Un radiopharmacien et physicien seront présents sur site.

3. Compléter l'offre sur des plateaux techniques existants en définissant des critères permettant l'octroi d'EML au-delà du seuil de 3 du fait de la saturation des EML en tenant compte des nouvelles indications

3-2-1 TEP :

L'acte TEP corps entier est l'acte de médecine nucléaire le plus réalisé en Paca. Toute demande de TEP Scan au-delà du seuil de 3 EML devra être motivée notamment par :

- le volume des actes : un seuil à 4000 examens par machine forme un consensus en région afin de couvrir les besoins et d'éviter des délais d'attente excessifs ;
- une prise en compte de la spécialisation de l'activité s'impose. Certaines activités comme notamment la recherche, la thérapie, la pédiatrie, la prise en charge de personnes âgées ou de personnes en perte d'autonomie (etc.) induisent un seuil différent qui peut être inférieur à 4 000 ;
- le projet médical et projet d'établissement (détailler notamment la maturité des organisations mises en place, plages horaires) et volume d'activité de chaque EML présent sur le site géographique.
- la dimension territoriale avec évaluation des patients venant d'autres territoires. Volume d'activité des autres sites du même territoire.

3-2-2 Gamma caméras

L'activité de scintigraphie cardiaque est la 3^{ème} en nombre en région Paca après le TEP corps entier et la tomographie osseuse. Cette scintigraphie constitue un examen reconnu pour le diagnostic de la maladie coronaire. Une gamma caméra CZT (cardiologie) peut réaliser une dizaine d'examens par jour. Afin de rationaliser l'offre de soins dans un contexte RH en tension avec une réponse proportionnée aux besoins de santé, toute demande de gamma caméra au-delà du seuil de 3 EML devra être motivée notamment par :

- un critère de saturation :
 - ➔ pour les gamma caméras dédiées cœur : seuil à 2000 ;
 - ➔ pour les gamma caméras dédiées aux examens tout venant : seuil à 2500 ;
- un projet médical et un projet d'établissement pertinent et suffisamment argumenté (en détaillant notamment la maturité des organisations mises en place, les plages horaires) ;
- une analyse territoriale développée (évaluation des patients venant d'autres territoires).

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.7

Unité de soins de longue durée

Activité soumise à autorisation

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'entraîner des épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner/aggraver une perte d'autonomie. Bien que les USLD puissent accueillir toute personne remplissant ces critères, indépendamment de l'âge, elles concernent surtout les personnes âgées de plus de 60 ans, voire majoritairement les personnes de plus de 75 ans.

Ces structures font l'objet d'une feuille de route nationale « Feuille de route Ehpad – USLD – DGCS – DGOS 2021 – 2023 ».

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 45 sites d'USLD sont autorisés en avril 2023. L'ouverture, en cours de schéma, de deux structures déjà autorisées et la réalisation de la restructuration d'une USLD déjà existante conduiront à une augmentation de la capacité totale en lits installés sur la région.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Clarifier le profil des structures d'USLD pour mieux répondre aux besoins de prise en charge de patients de tout âge.
- Accompagner l'évolution régionale des structures d'USLD.

LES OBJECTIFS

1. **Préciser le fonctionnement des USLD par un état des lieux des structures existantes (moyens humains, formations, projets de soins et de vie, coordinations formalisées entre établissements et réseaux).**
2. **Confirmer leur articulation au sein des filières de prises en charge car elles constituent un maillon de la filière gériatrique et s'attachent à tisser des collaborations avec les autres acteurs de la filière (court séjour gériatrique, équipes mobiles gériatriques, SSR gériatriques, hôpital de jour gériatrique, Ehpad et équipes de soins de proximité).**
3. **Préciser les profils pathologiques des patients pris en charge et identifier des USLD plus ou moins spécialisées le cas échéant.**
4. **Proposer, sous réserve des avancées des travaux nationaux, des expérimentations de transformation USLD/USPC (Unité de Soins Prolongés Complexes) pour des établissements candidats en région.**

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.8.1

Greffe, prélèvements tissus

Activité soumise à autorisation

Le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus constituent une priorité de santé publique faisant l'objet d'un plan ministériel publié en mars 2022.

En effet, les avancées passées portées par les précédents plan greffe ont été fragilisées par la crise sanitaire malgré l'engagement des professionnels de santé (-25% de greffes en 2020¹) : l'activité de greffe nécessitait donc une impulsion forte et durable.

Le plan ministériel prévoit de fixer, pour la période 2022-2026, des objectifs à la fois ambitieux et réalistes en définissant un couloir de croissance, dans lequel devra s'inscrire la trajectoire des acteurs.

Le plan porte par ailleurs les mesures suivantes :

1. professionnalisation des coordinations hospitalières de prélèvement par le recours aux infirmiers en pratique avancée, augmentation des effectifs et renforcement des audits et de la formation ;
2. développement assumé du prélèvement multi-sources pour contrebalancer la baisse tendancielle du nombre de sujets en état de mort encéphalique (efforts notamment sur les activités Maastricht III, donneurs vivants et prélèvement pédiatrique) ;
3. révision des modalités de financement de l'activité de prélèvement et de greffe, dans un sens plus incitatif ;
4. création d'indicateurs de performance ;
5. création d'un référent « prélèvement et greffe » dans les ARS.

Toutes les activités de greffe sont proposées en région, à l'exception de la greffe d'intestin et de la greffe de pancréas : le CHU de Nice réalisant les greffes de reins et foies adulte et l'Assistance Publique des hôpitaux de Marseille les activités de greffe rénale, hépatique, cardiaque, pulmonaire et cardio-pulmonaire (adultes et pédiatriques).

Les activités de prélèvement sont quant à elles organisées en deux réseaux. Au sein de chacun d'entre eux, les établissements de santé autorisés sont dotés d'une équipe de coordination hospitalière pour le prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) dont les missions sont multiples : recensement des donneurs potentiels d'organes et tissus, coordination des prélèvements multi-organes et de tissus tout au long du processus, sensibilisation des professionnels de santé au don d'organes, formation des professionnels impliqués dans l'activité, communication auprès du grand public.

Les centres greffeurs de la région, ainsi qu'au niveau national, ont vu leur activité fortement limitée durant la période du Covid-19, comme observé sur le graphique suivant.

¹ Source : Données de l'Agence de la Biomédecine.

ACTIVITÉ DE GREFFE D'ORGANES



Le recensement des donneurs potentiels est réalisé à partir de sujets en état de mort encéphalique qui représentent moins de 1% des décès hospitaliers¹. Au niveau national, ce nombre est passé de 2 016 en l’an 2000 (année du 1^{er} plan greffe) à 3 471 en 2019, avant de chuter à 2 811 en 2021 en raison de la crise sanitaire (+39% entre 2016 et 2021, voir graphique suivant²) :

ACTIVITÉ ANNUELLE DE RECENSEMENT ET DE PRÉLÈVEMENT DES DONNEURS DÉCÉDÉS EN FRANCE



¹ Données issues de l'Agence de la Biomédecine.
² Idem.

Le prélèvement d'organes (et de tissus) ne concerne *in fine*, au niveau national comme au niveau régional, qu'environ un donneur décédé sur 2 donneurs recensés. Les causes de non prélèvement sont variées : opposition, antécédents médicaux, obstacle médical, obstacle logistique.

Le taux d'opposition est plus élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'au niveau national : 40.2% versus 33.7% en 2021, aboutissant à un taux de conversion de 42.8% en région versus 49.5% au national¹.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

L'activité de prélèvement de tissus en général, notamment d'os massifs et de tissus ligamentaires, au décours des prélèvements multi-organes et sur donneurs décédés après arrêt cardiaque persistant, est un atout de notre région. Il est important de continuer à soutenir ces activités afin de satisfaire les demandes des équipes régionales de greffeurs de tissus, de soutenir l'activité de greffe (dont celle de greffes innovantes) et d'être une solution de recours pour les équipes des autres régions.

Il apparaît important d'améliorer le recensement et le prélèvement des donneurs décédés en travaillant sur tous les aspects, depuis la communication au grand public concernant le don jusqu'aux conditions de prélèvement en passant par les réseaux de prélèvement et les conditions de transport des greffons.

Après la chute d'activité en 2020 et le début de reprise en 2021, un ralentissement net de l'activité de greffe a été observée au 2^{ème} semestre 2022, sans reprise conséquente en 2023. La période récente montre que l'activité de greffe nécessite, pour être garantie, et notamment en période de crise, d'assurer les accès aux blocs opératoires, aux réanimations, ainsi que les personnels nécessaires à leur fonctionnement.

L'adressage précoce des patients pour évaluation de l'indication de greffe, l'inscription sur liste d'attente et le nombre global de greffes sont des domaines avec des marges d'amélioration qu'il faudra savoir mobiliser.

Augmenter l'activité de greffe rénale à partir d'un donneur vivant est un objectif prioritaire régional du plan greffe. Cette activité étant considérée comme un atout de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, il est important de pouvoir maintenir la place de la région pour cette activité.

Les activités de greffe pédiatrique bénéficieraient d'un suivi dédié des objectifs nationaux et régionaux plus détaillé.

LES OBJECTIFS

Afin d'assurer les objectifs régionaux fixés dans le cadre de l'application du plan ministériel, il sera nécessaire de renforcer les ressources humaines médicales et paramédicales, avec notamment le recrutement d'infirmiers en pratique avancée (IPA) et la mise en œuvre de protocoles de coopération interprofessionnels. Cela passe notamment par la promotion de dispositifs facilitateurs au recrutement des IPA, comme par l'accompagnement de l'agent et du service durant la période de formation et l'harmonisation des reconnaissances financières de ses missions. Il sera également nécessaire d'assurer les effectifs suffisants en techniciens d'étude clinique pour garantir l'exhaustivité du recueil des données de la base Cristal².

¹Données issues de l'Agence de la Biomédecine.

² La base cristal est une base de données utilisée par l'agence biomédecine pour mettre en rapport les donneurs et les receveurs.

Il est aussi nécessaire d'assurer l'accès aux lits de réanimation (notamment pédiatrique) et blocs chirurgicaux pour le prélèvement et la greffe, et particulièrement en période de crise. Une attention toute particulière doit être donnée aux disponibilités en ressources humaines pour armer ces lits. Il est pour cela par ailleurs proposé de travailler :

- à une meilleure participation de tous les établissements pour la mise à disposition des lits de réanimation nécessaires ;
- à assurer des taux réels d'occupation des blocs et de vacation offertes compatibles avec l'activité cible des équipes de prélèvement et greffe ;
- à l'utilisation d'outils innovants d'anticipation de l'activité de prélèvement et greffe par les cellules de gestion des blocs ;
- à la rédaction de protocoles de coopération inter-établissement pour la greffe et le prélèvement spécifiques aux périodes de crise ;
- à la mobilisation des ressources humaines à disposition pour assurer le bon fonctionnement des activités.

Afin d'assurer le développement du prélèvement d'organes sur donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht (DDAC-M3 : patients en arrêt circulatoire consécutif à une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques), il est notamment nécessaire de garantir la mise à disposition d'un nombre suffisant de chirurgiens préleveurs.

- Encourager les centres engagés dans une activité de prélèvement DDAC-M3 à la signature d'une convention incluant le prélèvement pulmonaire.
- Assurer le développement des activités de greffe actuellement non réalisées en région, comme notamment la greffe d'îlots de Langerhans, afin d'offrir une solution régionale aux patients de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Afin d'améliorer le recensement et le prélèvement de donneurs décédés, il est proposé de :

- développer les réseaux de prélèvements : importance de cibler tous les établissements pouvant intégrer le réseau opérationnel de proximité d'un établissement de santé autorisé au prélèvement, formaliser le rôle des référents locaux ;
- travailler à l'augmentation du taux de conversion et la diminution du taux d'opposition ;
- développer l'accès à toutes les sources de greffons : donneurs à critères élargis, DDAC-M3, donneurs pédiatriques ;
- considérer la mention d'un indicateur spécifique dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé ;
- organiser un suivi commun des audits entre l'Agence régionale de santé et l'Agence de la biomédecine ;
- mettre en place un suivi régional des indicateurs de qualité et de performance développés au niveau national.

Il est également proposé de soutenir et de relayer au niveau régional les campagnes de communication sur le don d'organes, nationales et locales. Afin d'améliorer le taux d'opposition en particulier, il est proposé d'impliquer les médecins traitants dans la communication sur le don d'organe, en travaillant de concert avec tous les acteurs pertinents au niveau régional.

Afin de généraliser les prélèvements pour les tissus osseux et ligamentaires : considérer l'organisation d'une astreinte dédiée au sein des établissements de santé autorisés à l'activité.

Pour assurer le suivi et la qualité du transport des organes : favoriser la mise en œuvre de solutions innovantes.

Il est par ailleurs pertinent de renforcer la coopération en réseaux pour mieux intégrer les centres adresseurs dans la prise en charge des patients éligibles à la greffe, tout au long de leurs parcours.

Il est proposé de décliner les objectifs quantifiés du plan national greffe pour la pédiatrie afin de mieux objectiver l'activité pédiatrique. Et par ailleurs, de relayer au niveau régional les travaux nationaux, une fois aboutis, concernant la mise en œuvre du DDAC-M3 en pédiatrie.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.8.2

Prélèvements et greffe de cellules souches hématopoïétiques

Activité soumise à autorisation

L'activité de prélèvements et greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) s'inscrit dans la même temporalité que le plan ministériel pour le prélèvement et la greffe de CSH 2022-2026. Ce plan, prévoyant notamment un lien renforcé avec les Agences régionales de santé, est composé de 7 grands axes :

1. Garantir le maintien et l'accès à toutes les sources possibles de greffons de CSH.
2. Améliorer les conditions de prélèvement et le suivi des donneurs de CSH.
3. Maintenir la qualité et l'exhaustivité des données des registres.
4. Renforcer la biovigilance en matière de prélèvement et d'allogreffe¹ de CSH.
5. Maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de CSH.
6. Maintenir, et adapter aux évolutions, le financement des activités CSH.
7. Poursuivre et adapter la communication sur le don non apparenté de CSH.

Ces 7 axes nationaux ont vocation à être déclinés au niveau régional de manière à prendre en compte les spécificités de la région Paca, dont on peut citer, entre autres, la mixité génétique, culturelle et socio-économique importante, une population plus âgée que la moyenne nationale, une répartition de l'offre de soins hétérogène en lien avec une géographie contrastée comprenant notamment deux principaux centres urbains (et greffeurs) distants. Ainsi, le présent chapitre se veut un prolongement du plan national, en complétant ou renforçant certains de ses axes.

L'activité de greffe de CSH s'inscrit dans un parcours complexe et multidisciplinaire associant notamment les services de soins, les unités de prélèvements (numériquement le plus souvent par cytophérèse), les unités de thérapie cellulaire, les laboratoires d'immunogénétique et les registres de donneurs volontaires. Les greffes de CSH sont pratiquées pour deux types d'activités :

- greffes allogéniques, avec un objectif d'immunothérapie antitumorale pour les indications les plus fréquentes, essentiellement des hémopathies malignes ou de « réparation » du tissu hématopoïétique et de ses dérivés pour les indications plus rares de maladies non malignes, constitutionnelles ou acquises. Les greffes allogéniques font appel à plusieurs sources possibles de cellules (moelle osseuse, sang périphérique mobilisé, sang placentaire) prélevées chez plusieurs catégories de donneurs (intra-familial ou apparenté, par opposition aux donneurs non apparentés inscrits sur des registres ou l'inventaire de banques de sangs de cordon) ;
- greffes autologues, constituant un soin de support à l'administration de chimiothérapies intensives, réalisées exclusivement aujourd'hui par prélèvement et réinjection de cellules souches sanguines mobilisées prélevées par aphérèse thérapeutique.

Seule l'activité d'allogreffe de CSH est soumise à autorisation ; cependant les plateaux techniques de prélèvement et de thérapie cellulaire contribuent également à la réalisation des activités d'autogreffes, et depuis quelques années à d'autres activités qui ne s'inscrivent pas dans le champ réglementaire des greffes. En conséquence, l'accès aux ressources nécessaires pour les programmes d'autogreffes et d'allogreffes de CSH – traitements développés et largement utilisés depuis plusieurs décennies – commence à être impacté par les besoins nécessaires à l'administration de thérapies

¹ Greffe prélevée sur une autre personne.

cellulaires ou géniques ayant le statut de médicament de thérapies innovantes (MTI) comme les cellules T autologues génétiquement modifiées (CAR T-cells), une approche nouvelle (premières AMM à l'été 2018) et en forte expansion.

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 98% des patients¹ sont greffés dans leur région d'origine grâce aux trois centres autorisés à l'activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : l'Institut Paoli-Calmettes et le CHU de Nice pour la greffe de CSH adulte, l'AP-HM sur le site de La Timone Enfants pour la greffe de CSH pédiatrique.

Sur la période 2018-2021, le nombre de prélèvements de CSH est en augmentation dans la région.

Concernant l'activité d'allogreffes en région Paca sur la période 2018-2021, celle-ci était :

- en légère augmentation sur le site de l'Institut Paoli Calmettes, principalement pour des patients de plus de 50 ans venant majoritairement des Bouches-du-Rhône, du Var et de Vaucluse ;
- globalement en augmentation sur le CHU de Nice, pour des patients venant essentiellement des Alpes-Maritimes et du Var ;
- relativement stable en pédiatrie sur le site de l'AP-HM, entre 26 et 30 patients par an venant de toute la région Paca, mais aussi d'Occitanie et de l'étranger.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

En parallèle des enjeux du plan ministériel 2022-2026, certains thèmes revêtent une importance particulière en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le maintien d'un accès de qualité à l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques est un enjeu particulièrement pertinent du plan ministériel 2022-2026 en région. L'attractivité des professionnels des équipes d'allogreffe, de cytophérèse et de thérapie cellulaire est un enjeu essentiel.

Les prélèvements autologues² destinés à être modifiés pour les thérapies à base de CAR T-cells entrent dorénavant en concurrence organisationnelle avec les activités d'allogreffe et d'autogreffe. La disponibilité de ressources communes pour la greffe est une activité appelée à se développer fortement comme les CAR T-cells et nécessite un monitoring particulier afin d'anticiper d'éventuelles problématiques et y répondre rapidement.

L'amélioration de l'organisation des prises en charge en région est aussi un enjeu lié au maintien d'un accès de qualité à l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Cet enjeu passe par la structuration en réseau des acteurs participant à la prise en charge des patients greffés.

Le service d'hématologie-immunologie-oncologie pédiatrique de la Timone est centre de référence maladies rares (la bêta-thalassémie et la drépanocytose). Dans ces deux indications les possibilités de greffe de CSH s'élargissent tandis que la thérapie génique permet de nouvelles perspectives de traitement. Ainsi, pour ces deux maladies constitutionnelles du globule rouge, le nombre de patients greffés est amené à s'accroître dans les toutes prochaines années.

De même, le nombre d'indications de greffe de CSH pour déficits immunitaires primitifs (DIP) augmente de façon constante en Europe du fait de l'amélioration de la prise en charge de ces patients et impacte le service d'Hématologie-Immunologie-Oncologie pédiatrique de la Timone, labellisé centre constitutif du Centre de référence des déficits immunitaires héréditaires depuis 2017. Le

¹ Données issues de l'Agence de la Biomédecine.

² Lorsque le donneur et le receveur sont le même individu.

déploiement du dépistage néonatal des déficits immunitaires combinés sévères (SCID – *Severe Combined ImmunoDeficiency*) prévu en 2025 sur tout le territoire national, va encore augmenter l'activité de greffe pour DIP. Un enjeu particulier réside dans la capacité d'anticiper une « filiarisation » adaptée pour la prise en charge des SCID, en terme de ressources nécessaires pour offrir un accès équitable et de qualité.

Enfin, l'augmentation de la cohorte de patients à suivre au long terme, en raison de l'amélioration de la survie post-greffe, implique une adaptation des tâches entre les professionnels des trois programmes d'allogreffe avec les professionnels des établissements adresseurs et éventuellement avec les professionnels de ville.

LES OBJECTIFS

1. **Renforcer l'attractivité pour les professionnels des équipes d'allogreffe et de thérapie cellulaire en améliorant les aspects de reconnaissance des compétences, pour maintenir la polyvalence des équipes.** Cela doit passer notamment par une reconnaissance des compétences et de l'expertise des infirmiers de cytophérèse afin d'assurer la compensation des contraintes spécifiques auxquelles ils sont soumis, et en particulier dans le cas des activités pédiatriques.
2. **Assurer l'adaptation des organisations, moyens et ressources afin de pouvoir répondre aux missions de prélèvements autologues dans un contexte de concurrence organisationnelle liée à la forte augmentation d'activité CAR T-cells en cours et à venir.** Cela passe notamment par une première étape de monitoring de l'évolution des activités de CAR T-cells au niveau régional.
3. **Uniformiser et mettre en cohérence les parcours entre le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques au CHU de Nice** pour tous les types de traitements (autogreffe, allogreffe et CAR T-cells), notamment concernant l'unité de thérapie cellulaire.
4. **Accompagner une potentielle « filiarisation » au niveau régional des déficits immunitaires combinés sévères dont l'AP-HM a vocation à être partie prenante.**
5. **Renforcer la collaboration des centres greffeurs en région, notamment afin d'assurer la continuité des prises en charge en situation de crise, et par exemple en travaillant à la mise en place d'un plan de continuité des activités partagé ainsi qu'à la convergence des centres vers l'accréditation JACIE¹.**
6. **Structuration en réseau des acteurs participant à la prise en charge des patients greffés sous la forme de comités de suivi à long terme pédiatriques et adultes et en lien avec les réseaux existants (dont notamment le groupe de la stratégie décennale cancer Paca sur le suivi à long terme piloté par les oncopédiatres et le dispositif spécifique régional de cancérologie Onco-Paca-Corse).**

Ces comités de suivi à long terme devront permettre de suivre les cohortes de patients greffés pour la prise en charge, le dépistage et la prévention des complications via le développement de réseaux de spécialistes d'organes. Ils pourront aussi aider à structurer un réseau de compétences au-delà des domaines stricts de l'hématologie, l'immunologie et l'oncologie, en créant des liens avec des professionnels de santé vers lesquels les allogreffeurs pourront référer leurs patients pour le

¹ Engagement des structures dans la qualité et la sécurité d'activités très spécialisées.

diagnostic et la prise en charge de leurs complications spécifiques (troubles métaboliques, cardiovasculaires, sexuels, sociaux, professionnels...).

Cette structuration en réseau pourra aussi favoriser l'accès à la greffe pour les patients oncologiques réfractaires, en formalisant des parcours patients spécifiques permettant notamment d'accéder à des consultations dédiées prioritaires.

- 7. Rendre l'offre de SMR accueillant les patients greffés plus lisible afin de fluidifier ces parcours de soins, et promouvoir les échanges entre équipes médicales sous forme de partenariats afin d'améliorer la prise en charge et les capacités d'accueil pour le post-greffe immédiat de ces patients.**

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.9

Traitement des grands brûlés

Activité soumise à autorisation

L'organisation de l'activité de traitement des grands brûlés s'appuie sur les décrets du 20 août 2007 qui n'ont pas fait l'objet d'une réforme récente. L'organisation de cette activité qui relevait d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire relève dorénavant d'une planification régionale.

Les structures de traitement des grands brûlés doivent être le pivot de filières d'amont et d'aval.

Elles doivent apporter en permanence leurs concours aux établissements exerçant la médecine d'urgence, en vue d'établir le diagnostic et le cas échéant l'orientation des patients vers une structure de traitement des grands brûlés. Elles doivent se coordonner, au moyen de conventions, avec les SAMU/SMUR et services d'urgence pour établir des filières d'amont permettant d'éviter des orientations inadéquates de patients brûlés vers des structures non adaptées et des retards de prise en charge.

Elles doivent également s'articuler en aval avec les structures de rééducation spécialisée, par le biais de conventions.

Les structures de traitement des grands brûlés : 2 sites de court séjour

- L'Assistance publique des hôpitaux de Marseille : 8 lits de réanimation et 8 lits de chirurgie des grands brûlés, pour la prise en charge des adultes et des enfants à partir de l'âge de 6 ans.
- L'Hôpital d'Instruction des Armées de Sainte-Anne à Toulon : 6 lits de réanimation et 6 lits de chirurgie grands brûlés. Cet établissement, sous compétence du Ministère de la Défense, participe au service public hospitalier, et reçoit des patients civils.

A côté de ces structures, il existe 1 établissement de soins médicaux de réadaptation prenant en charge les grands brûlés pour les adultes : l'hôpital Léon Bérard à Hyères dans le Var.

Pour répondre au besoin de prise en charge des enfants dans la partie Est de l'inter-région, l'hôpital Léon Bérard a conclu une convention avec l'établissement Pomponion situé à proximité pour l'hébergement de jeunes enfants dont la prise en charge en rééducation se fait dans la journée à Léon Bérard.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Assurer l'accès des patients à une prise en charge en urgence sur la région.
- Organiser le parcours de soins du grand brûlé de sa prise en charge en urgence jusqu'à sa rééducation.
- Assurer le suivi des patients en associant les acteurs de soins de ville.

LES OBJECTIFS

Améliorer la qualité et la sécurité du parcours de soins des brûlés

- *Recentrer les prises en charge sur les centres de traitement autorisés et permettre l'organisation d'un parcours de soins coordonné grâce à :*
 - l'information dans chaque région des acteurs de la phase pré-hospitalière (centres 15, pompiers, SAMU-SMUR, médecins libéraux) sur l'organisation et les enjeux de la prise en charge des brûlés ;
 - la formation des médecins urgentistes par les brûlologues des centres spécialisés sur les critères et enjeux des transferts de patients en structures spécialisées ;
 - le développement d'un réseau de télémedecine entre les services d'urgence et les centres spécialisés, avec les outils de transfert d'images ;
 - le renforcement de l'adéquation des séjours par une action ciblée sur les principaux établissements non spécialisés (engagement contractuel de prendre l'avis d'un brûlologue et de transférer si besoin les patients brûlés vers un centre adéquat) ;
 - l'orientation vers l'établissement de SMR spécialisé : l'accès à un service de soins de suite et de rééducation autorisé pour la prise en charge des brûlés doit être privilégié pour améliorer le parcours de soins du patient et limiter les séquelles.

- *Renforcer la prévention notamment :*
 - en luttant contre les risques de brûlures spécifiques (accidents domestiques, accidents de la circulation...);
 - en éduquant les populations vulnérables notamment en lien avec l'Education nationale.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.10.1

Chirurgie cardiaque adulte

Activité soumise à autorisation

- **En termes de sites autorisés**
 - 4 établissements autorisés en chirurgie cardiaque adulte.
- **En termes d'activité**
 - Une activité stable sur la région
 - Une activité de cardiologie structurale en forte augmentation
 - Des centres dont l'activité est inhomogène sur la région : deux centres avec forte activité et deux centres avec des activités moins importantes
 - Une analyse de la consommation de soins sur la région qui ne prend pas en compte les fuites d'activité du département des Alpes-Maritimes vers Monaco, hors territoire national (existence d'une convention franco-monégasque mais absence de PMSI pour le centre Cardio-Thoracique de Monaco).

L'activité de chirurgie cardiaque adulte s'inscrit un contexte particulier :

- diminution de la fréquence des certaines pathologies (disparition quasi complète des valvopathies streptococciques, etc.) ;
- modification des prises en charge entraînant une diminution globale de l'activité de chirurgie cardiaque au profit de la cardiologie structurale.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

L'enjeu est donc de répondre au besoin de chirurgie cardiaque qui demeure impératif malgré une diminution du recours et de favoriser les transferts justifiés vers les techniques interventionnelles en systématisant les discussions médico-chirurgicales.

LES OBJECTIFS

1. Adapter l'offre au développement de la cardiologie interventionnelle structurale justifiée sur des plateaux medico chirurgicaux

Compte tenu de l'évolution 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 en permettant l'accès à cette double compétence.

Les techniques interventionnelles percutanées doivent être exécutées par une équipe multidisciplinaire au sein d'un « Heart team ».

Il est souhaitable que les plateaux techniques médicochirurgicaux de la région soient ouverts aux opérateurs extérieurs afin de permettre une utilisation optimale des plateaux et le maintien des compétences rares disponibles.

Cet accès pour les opérateurs extérieurs pourra concerner les techniques innovantes comme le TAVI (pose de valve aortique percutanée) ou la fermeture de l'auricule gauche par pose d'endoprothèses, etc.

2. Adapter l'offre de soins en tenant compte de la diminution du volume de l'activité de chirurgie cardiaque mais aussi de l'obligation de maintenir dans chaque centre des permanences de soins dans cette spécialité

Compte tenu de l'évolution des techniques et notamment du transfert technique vers des activités de cardiologie interventionnelle structurée, ce qui limite le nombre de patients pris en charge en chirurgie cardiaque proprement dite, la concentration de l'activité de la chirurgie cardiaque sur un nombre restreint de sites doit être privilégiée.

La qualité d'un centre dépend de l'expérience de ses équipes et est liée à son niveau d'activité. Il est préférable, au sein d'un même territoire, d'éviter la dispersion des sites afin qu'ils atteignent une masse critique optimale.

Pour la prise en charge des dissections aortiques il est nécessaire de réduire le délai d'admission et de coordonner les compétences médicales afin de réduire la mortalité, et ceci pour tout patient de la région. Dans ce cadre une organisation de la prise en charge autour du centre de référence doit être confortée en définissant la place de chaque établissement dans la prise en charge des syndromes aortiques aigus et en permettant l'accès en urgence, tous les jours de l'année et 24 heures sur 24, aux compétences du centre de référence pour tout professionnel exerçant dans la région.

L'unité mobile d'assistance circulatoire (UMAC) mise en place en Paca en 2006 est un dispositif intéressant mais nécessitant de grosses charges de sujétion. Il s'est avéré très utile durant la crise Covid. Les équipes d'anesthésistes et de chirurgiens se déplacent dans toute la région. Le patient, selon son état, après discussion entre les équipes périphériques et celle de l'UMAC, reste sur place ou est transféré à la Timone si le cas clinique nécessite une assistance circulatoire de longue durée ou une greffe. La formation des acteurs dans la région et en Corse doit rester une priorité. Le fonctionnement de l'UMAC devrait être pérennisé et sécurisé.

3. Améliorer la pertinence des prises en charge

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

Afin de pouvoir disposer au niveau régional de données qualitatives il est demandé à tous les centres médicaux et/ou chirurgicaux un engagement de remplir les registres nationaux (France TAVI, EPICARD) et transmettre à l'ARS une synthèse des indicateurs annuellement.

4. Améliorer la filière d'aval

Il est souhaitable de développer des capacités de soins médicaux de réadaptation cardiovasculaires à proximité et/ou en lien avec les plateaux techniques en privilégiant la modalité de prise en charge en hospitalisation à temps partiel (de préférence au sein des grosses agglomération).

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.10.2

Chirurgie cardiaque pédiatrique

Activité soumise à autorisation

○ En termes de sites autorisés

- 1 établissement autorisé en chirurgie cardiaque pédiatrique.

○ En termes d'activité :

- Une activité en légère diminution (baisse de l'attractivité de la région au profit de la région Occitanie qui organise le recours sur Toulouse pour les patients de l'ancienne région « Languedoc-Roussillon » antérieurement pris en charge sur Marseille).
- Une activité de cardiopathie congénitale en forte augmentation (surtout à l'âge adulte).

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

Poursuivre et améliorer la prise en charge des cardiopathies congénitales en forte augmentation avec une double composante pédiatrique et adulte autour du centre de référence. Et ce, en prenant en compte les spécificités de la prise en charge, la multidisciplinarité des équipes et le lieu de résidence des patients suivis.

LES OBJECTIFS

1. Conforter le plateau existant médico-chirurgical de référence en cardiologie pédiatrique et la filière de prise en charge et de suivi

La prise en charge de tous les patients qui nécessitent un acte thérapeutique médical ou chirurgical 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. Il est préconisé que les services prenant en charge médico-chirurgicalement ces patients (enfants ou adultes porteurs d'une cardiopathie congénitale) restent regroupés dans des centres permettant une prise en charge concertée, optimale et continue 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Mais il convient d'organiser autour d'eux un suivi au long cours de ces patients aussi près que possible de leur lieu de vie par des équipes moins spécialisées mais en lien permanent avec l'équipe médico-chirurgicale de référence. Cette organisation reste indispensable car elle permet d'alléger la charge de travail de l'équipe médico-chirurgicale de référence à l'heure où l'évolution de la démographie de ces spécialités rares va croiser l'augmentation importante du nombre des patients notamment adultes porteurs de cardiopathies congénitales. Cette liaison s'appuiera notamment sur les moyens modernes de communication.

2. Améliorer la filière d'aval

- Mettre en œuvre une offre de soins médicaux de réhabilitation pédiatrique spécialisée en hospitalisation complète et de jour pour prendre en charge les enfants
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique et de sport santé.

CHAPITRE 7.11

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Activité soumise à autorisation Instruction DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023

- **En termes de sites autorisés**
 - 16 établissements (dont l'HIA) autorisés (un centre ayant arrêté son activité dans les Alpes-Maritimes) pour les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation transcutanée.
 - 21 établissements (dont l'HIA) autorisés pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.
 - Seuls les départements alpins ne disposent pas de centre de cardiologie interventionnelle.
 - 1 centre autorisé à la prise en charge des cardiopathies congénitales de l'enfant.

- **En termes d'activité :**

- **Pour l'activité de rythmologie interventionnelle (Données PMSI 2021)**
 - Une activité qui a globalement progressé depuis 2018 sur la région (+ 17%) :
 - Une activité hétérogène avec des centres à gros volume ayant des taux d'évolution importants et des centres à plus petit volume avec des activités stables
 - Un taux de recours sur la région de 1,32 :
 - Ce taux est donc beaucoup plus important que celui observé au niveau national mais aussi que celui des régions Auvergne-Rhône Alpes et Occitanie, limitrophes de la région Paca.
 - Des indications d'ablation de fibrillation auriculaire (FA) qui ont été élargies :
 - Avec une prévalence entre 2 et 3% dans la population adulte de la fibrillation auriculaire, on obtient un chiffre dans la région (pour 5 000 000 habitants) de 200 000 à 250 000 personnes.
 - La fibrillation auriculaire augmente avec l'âge, et ce de façon exponentielle.
 - Au-delà de la prise en charge de la fibrillation auriculaire elle-même, c'est par une prise en charge globale, notamment métabolique, des patients qu'on pourra améliorer leur pronostic (d'où l'importance de la prise en charge des facteurs de risque).
 - Toutes les fibrillations auriculaires ne font pas l'objet d'une procédure invasive pouvant entraîner des complications graves.
 - Des centres qui ne sont pas saturés : une enquête réalisée par l'ARS en 2023 auprès des établissements de la région a montré un taux d'occupation des salles d'électrophysiologie autour de 70% et des délais d'attentes autour de trois semaines parfaitement acceptables pour les patients.
 - Une activité qui a largement évolué ces dernières années :
 - développement de l'implantation de défibrillateurs en prévention primaire ;
 - essor des techniques ablatives ; augmentation des activités dites complexes (ablations de fibrillation atriale, de tachycardie de l'oreillette gauche ou ventriculaire).
 - En 2022, la parution de nouveaux textes réglementaires a fait évoluer les conditions d'implantation et de fonctionnement des activités interventionnelles en cardiologie :
 - nouveaux seuils minimaux d'activité

- nouvelle gradation des soins en rythmologie interventionnelle (sous-division en 4 mentions de complexité croissante) ;
- une activité qui ne se pratique pas en urgence.
- **Pour l'activité de prise en charge des cardiopathies ischémiques¹ (activité pmsi 2021)**
 - Une activité d'angioplastie en augmentation de 10% entre 2018 et 2021.
 - Un taux de recours régional à 1,27 toujours supérieur au taux national.
 - Une activité de cardiologie structurelle en augmentation.
 - Un taux d'évolution concernant la pose de TAVI (implantation de valve aortique par voie percutanée) de 0,61 (versus 0,36 au niveau national)
 - Un taux d'évolution des mitraclip à 0,43 (vs 0,54 au niveau national)
 - Un taux d'évolution des « FOP » (fermetures du foramen ovale) stable sur la région
- **Pour l'activité de prise en charge des cardiopathies congénitales (activité PMSI 2021)**
 - Elle concerne 1% des naissances.
 - 90% des enfants touchés atteignent l'âge adulte.
 - Une incidence en augmentation (meilleur diagnostic + meilleure prise en charge).
 - Une prévalence à l'âge adulte de 1/1000 habitants.
 - La moitié des malformations nécessite un traitement invasif : interventionnel (1/3), chirurgie cardiaque (2/3).
 - Il y a aujourd'hui plus d'adultes que d'enfants à prendre en charge.
- **En termes de démographie médicale (données DREES)**
 - Une densité de cardiologues plus forte en Paca que la moyenne nationale (14.9/100 000 habitants versus 10.9/100 000 habitants).
 - Une densité deux fois plus forte dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône que dans les autres départements.
 - Plus de 40% des cardiologues sont âgés de plus de 60 ans en 2022.
 - Baisse importante des effectifs jusqu'en 2030 (-15%) puis légère augmentation du nombre jusqu'en 2050 sans atteindre l'effectif actuel.
- **En termes de projections démographiques générales (données PMSI 2021)**

A taux de recours constant, en appliquant les projections démographiques jusqu'en 2030, on aurait globalement une évolution sur la région :

 - de 4,4 % des actes d'angioplasties ;
 - de 2,7 % des actes de rythmologie interventionnelle.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

L'enjeu est de maintenir une réponse régionale adaptée dans ce contexte d'augmentation de la demande et de démographie médicale décroissante. Cet enjeu croise, bien sûr, une exigence de qualité alors que la région se caractérise par une réponse globalement excédentaire par rapport à la réponse nationale ou dans les régions limitrophes.

¹ L'activité ne tient pas compte de l'activité réalisée sur le territoire monégasque, elle est donc sous-estimée.

LES OBJECTIFS

1. Activité de rythmologie

Compte tenu de l'activité actuelle, de la démographie médicale défavorable dans les 5 prochaines années, de l'obligation pour les centres d'assurer l'ensemble des permanences des soins, de la possibilité pour les centres existants d'assurer une activité supplémentaire nécessitée par l'évolution des indications, il n'est pas opportun de créer de nouveaux centres lourds dans la région (mentions B, C et D). Il est nécessaire, en revanche, de conforter l'existant. En effet, les centres actuellement autorisés sont en capacité d'absorber le surcroît d'activité prévisible alors que la dispersion de ceux-ci mettrait en péril le maintien des permanences de soins imposées par la réglementation pour des questions de sécurité et de qualité des pratiques.

Toutefois, pour l'activité de « stimulation simple et double chambres » (pose de *pace maker* mention A), il est nécessaire de pouvoir proposer une offre de soins dans l'ensemble des 6 zones du SRS pour assurer les actes de pose et leur suivi.

2. Activité de prise en charge des cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte

Adapter l'offre au développement de la cardiologie interventionnelle structurale dans les plateaux médicochirurgicaux est le principal enjeu car le nombre de plateaux techniques en région est actuellement suffisant :

- L'organisation des plateaux doit donc encore évoluer compte tenu de l'augmentation régulière du nombre d'actes interventionnels et d'actes de chirurgie cardiaque réalisés au sein des mêmes blocs opératoires,
- Les techniques interventionnelles percutanées doivent être exécutées par une équipe multidisciplinaire (médicale et chirurgicale) au sein d'un « Heart team ».

Il est souhaitable que les centres médicochirurgicaux de la région soient ouverts aux opérateurs extérieurs pour faciliter l'accès et permettre une utilisation optimale ces plateaux. Ces coopérations pourront concerner les techniques innovantes comme la pose de TAVI (implantation de valve aortique par voie percutanée) ou la fermeture de l'auricule gauche par pose d'endoprothèses, etc.

3. Activité 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 et congénitales. Les centres prenant en charge ces patients sur le plan médico-chirurgical doivent permettre une prise en charge concertée, optimale et continue au cours du temps (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Il convient, d'organiser un suivi au long cours de ces patients en proximité de leur lieu de vie par des équipes 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 devenus adultes. Cette liaison s'appuiera notamment sur les moyens modernes de communication.

« Un transfert en soins adultes » pour les adolescents doit être précédé d'une phase de transition préparatoire qui se poursuit éventuellement à l'âge adulte ; il s'agit là d'un point de vigilance en terme

de parcours et de qualité de la prise en charge. Un centre coordonnateur spécifique à la prise en charge de ces cardiopathies à l'âge adulte serait pertinent pour améliorer la qualité de suivi des patients.

De même, une attention particulière doit être portée sur les ruptures de suivi. La mise en place des consultations d'éducation thérapeutiques dans les centres qui assurent le suivi habituel de ces patients devra être développé.

Enfin, la prise en charge les troubles neurodéveloppementaux fréquemment associés aux enfants porteurs de cardiopathies congénitales devra être prise en compte de manière spécifique.

4. Organiser une gradation de la prise en charge en améliorant la structuration de la filière de soins en cardiologie

- *Faciliter le parcours de soins du patient*
 - Nécessité d'une communication aisée entre les équipes interventionnelles, les équipes en amont et en aval : outil de communication à développer (développement de la télésanté, numéro dédié sur les plateaux techniques, etc.).
 - Place des infirmiers en pratique avancée dans le suivi.
 - Protocoles de coopération (échographies, etc.).
 - Formation des médecins généralistes et des urgentistes notamment à la pratique de certains actes évitant le déplacement du patient (échographies).
 - Accroître la place de la rééducation au long cours en ambulatoire (clubs cœur-santé)
- *Agir sur la filière de soins en cardiologie*

Le parcours patient, en dehors de l'urgence, souffre d'une baisse de la démographie des cardiologues et d'un déficit d'offre de réadaptation cardiovasculaire. Le parcours « amont et aval doit être fluidifié, amélioré et optimisé. Cela passe par l'amélioration de l'accès aux cardiologues en amont et par l'amélioration de l'accès au SMR en aval des gestes de cardiologie interventionnelle :

L'amélioration de l'accès au cardiologue nécessite, notamment, une adaptation du nombre d'internes en formation, le développement des stages en cabinet de cardiologie de ville, l'accompagnement de l'installation des cardiologues en les adossant à un plateau technique et la poursuite du déploiement des postes d'assistant spécialiste à temps partagé avec un établissement périphérique.

S'il ne semble pas exister de difficultés d'orientation pour les syndromes coronariens aigus, des difficultés sont exprimées sur les patients âgés qui présentent des troubles du rythme et des poussées d'insuffisance cardiaque. Les malades de gravité intermédiaire peuvent être mal orientés. Une astreinte cardiologique (au-delà des astreintes règlementaires) sur les territoires pourra être expérimentée, afin de pouvoir répondre au médecin régulateur du SAMU.

Les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) sans plateau technique permettent la prise en charge de patients moins graves ou dans l'attente de leur transfert sur des plateaux plus lourds. Elles peuvent contribuer à la prise en charge des douleurs coronariennes en lien avec les centres de cardiologie interventionnelle (Cf. protocole en vigueur entre SAMU et AP-HM). L'accueil des patients dans ces unités contribue au principe de l'égalité d'accès aux soins sur le territoire.

L'hospitalisation à domicile constituera une réponse spécifique de prise en charge en lieu et place d'une hospitalisation en centre.

Pour l'offre de soins médicaux et de réadaptation (SMR), il est recommandé d'implanter les nouvelles capacités en SMR spécialisé en cardiologie à proximité des plateaux techniques pour faciliter l'implication des cardiologues hospitaliers et en privilégiant la modalité de prise en charge en hospitalisation à temps partiel. Les SMR non spécialisés devront être accompagnés pour faciliter l'admission dans ces SMR de patients souffrant de pathologies cardiovasculaires. Les SMR porteront une attention particulière à la prévention secondaire des affections cardiovasculaires, en lien avec les médecins traitants. Dans ce cadre, la place du sport santé est à conforter.

5. Améliorer la pertinence des prises en charge

- Mettre en place et déployer au niveau de l'ensemble de la région le registre France PCI pour toute l'activité d'angioplastie et coronarographie. Le suivi du registre régional des actes d'angioplasties et de coronarographie constitue une priorité absolue, compte-tenu des interrogations qualitatives posées par le taux de recours régional très important comparativement aux autres régions.
- Afin de stimuler des stratégies médicales partagées, les revues de pertinence au sein des établissements seront à privilégier.
- 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 télémedecine sécurisés partagés entre les centres non chirurgicaux et les autres centres.
- Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie. Ce développement nécessitera des adaptations de la prise en charge en aval de l'acte (télésurveillance, formation adaptée des paramédicaux) avec une organisation spécifique.
- Le scanner cardiaque connaît une phase de développement très importante. En effet, les améliorations permanentes des équipements (amélioration de la résolution spatiale et temporelle) permettent le développement de nouveaux outils très puissants comme le scanner de perfusion ou la FFR-CT. Il faut enfin rappeler que le coroscanner reste le seul examen non invasif capable de quantifier le degré d'athérosclérose coronaire et donc de mettre en place et/ou d'adapter les traitements de prévention primaire. Son excellente valeur prédictive négative en particulier, en fait un parfait examen d'élimination de la maladie coronaire, avec une période de « garantie » de 2 ans Il convient donc de préciser la place respective de cet examen, des examens non invasifs et invasifs dans la prise en charge des douleurs thoraciques et d'en respecter les indications définies. Il est essentiel de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accessibilité au coroscanner pour l'ensemble des patients dont l'état de santé le justifie.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.12.1

Activité de soins en neurochirurgie - adulte

Activité soumise à autorisation

Cette activité de soins comprend « la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et, nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques ». Si l'activité se limite aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière, l'autorisation d'activité de soins de chirurgie suffit.

La neurochirurgie fonctionnelle cérébrale, la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques et la neurochirurgie pédiatrique sont des pratiques qui ne peuvent être mises en œuvre que si les décisions d'autorisation les mentionnent expressément.

Pour le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, l'établissement doit être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

Désormais, l'activité de soins de neurochirurgie ne relève plus d'un schéma interrégional de santé mais du schéma régional de santé.

- **En termes d'autorisation**
- 5 sites sont autorisés à l'activité de neurochirurgie « générale » adulte (dont un hôpital instruction des Armées), parmi lesquels :
 - 2 sont autorisés à la pratique de neurochirurgie fonctionnelle ;
 - 3 sont autorisés à la pratique de radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques ;
 - 2 sites sont autorisés à l'activité de neurochirurgie pédiatrique (voir spécificité neurochirurgie pédiatrique).
- **En termes d'activité**
- L'activité globale de neurochirurgie adulte tend à diminuer, comme les taux de recours standardisés observés en région qui restent cependant supérieurs à ceux de la France (0,79 versus 0,68) et des régions limitrophes.
- Tous les sites satisfont au seuil réglementaire d'activité de 100 interventions dans l'année¹.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

Faciliter le maintien d'une réponse adaptée à cette activité de recours sur la région.

¹ Sources : ATIH Scansanté Taux de recours MCO 2017-2021 et PMSI 2021 et 2022.

LES OBJECTIFS

1. En termes d'organisation des soins

- Pour la prise en charge en urgence, il est nécessaire de réduire les délais d'admission pour tout patient de la région, quel que soit son lieu de vie. Dans ce cadre, une organisation de la prise en charge autour des centres de référence doit permettre l'accès en urgence, tous les jours de l'année et 24 heures sur 24, aux compétences des centres de recours de la région.
- Offrir au patient une prise en charge de qualité, globale, permettant de diminuer les risques pré et post-opératoires par une organisation médico-chirurgicale, sur le modèle des unités péri-opératoires de gériatrie (UPOG), chez des personnes âgées présentant une charge en soins plus lourde.
- Structurer et rendre lisible, quand elles existent, des filières spécifiques.
- Améliorer la prise en charge de l'aval :
 - o en protocolisant le retour sur l'établissement adresseur ;
 - o en organisant la filière de prise en charge avec les établissements de soins médicaux de réadaptation disposant de la mention « système nerveux » ou au sein de SMR experts comme les unités PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN), neuro-orthopédie, cérébro-lésés ou les unités dédiées à la prise en charge des états végétatifs chroniques – états pauci-relationnels (EVC-EPR) ou encore dans des établissements médico-sociaux.
- Développer la prise en charge en HAD notamment pour les patients d'oncologie en cours de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie pour lesquels un retour à domicile est envisageable.
- Anticiper les évolutions technologiques à venir dans le parcours neurochirurgical du patient pour pouvoir adapter l'offre, notamment les traitements par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU).

2. En termes de pertinence, qualité et sécurité des soins

- Organiser pour les cas complexes, des réunions de concertations pluridisciplinaires médico-chirurgicales régionales, et nationales
- Renseigner les registres professionnels d'observation des pratiques dès leur mise en place (article D. 6124-276 du Code de la Santé Publique) dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques
- Analyser et suivre les indicateurs de vigilance spécifiques à l'activité de neurochirurgie

3. En termes de ressources

- o *Faire face aux difficultés en matière de ressources humaines*
 - o S'appuyer, quand elles existent sur les équipes mobiles intra-hospitalières de gériatrie permettant d'assurer une prise en charge globale du patient.
 - o Poursuivre l'ouverture des stages d'internes de neurochirurgie sur les établissements de santé privés.

- *S'appuyer sur des ressources numériques de qualité*
 - La télémédecine est un atout majeur dans ce domaine, notamment pour les urgences neurochirurgicales et les AVC (même si les demandes de télé-expertise ou de téléconsultation hors urgences sont elles aussi très « structurantes » quant à l'organisation des prises en charge).
 - Elle est un moyen indiscutable d'amélioration à l'accès à un diagnostic spécialisé, à la qualité des prises en charge, à la rationalisation des transferts, et à la sécurisation d'un éventuel suivi spécialisé à distance.
 - Tous les établissements de la région disposent d'un outil de télémédecine permettant le transfert d'images entre les établissements et les services de neurochirurgie de la région. Cependant, comme dans d'autres spécialités, il existe un fort enjeu en terme de téléexpertise et il est donc nécessaire de travailler avec une plateforme régionale adaptée aux besoins d'aujourd'hui, permettant un transfert d'images rapide et de bonne qualité sur l'ensemble du territoire et à l'échelle internationale, dans des conditions de sécurité optimales.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.12.2

Activité de soins en neurochirurgie - enfant

Activité soumise à autorisation

- **En termes de sites autorisés**
 - 2 établissements autorisés en neurochirurgie pédiatrique sur la région.
- **En termes d'activité**
 - Une activité observée constante entre 2019 et 2022 (attractivité de la région au profit de la région Corse stable, et un taux de fuite inférieur à 5% essentiellement vers les départements limitrophes des régions Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes).¹
 - Une activité de neuroradiologie interventionnelle pédiatrique qui se développe, permettant la prise en charge d'enfants habituellement adressés hors de la région.
 - L'activité de neurochirurgie pédiatrique n'est pas soumise à seuil.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

Améliorer l'organisation et la qualité des prises en charge en créant des filières spécifiques et structurées sur la région.

LES OBJECTIFS

1. Conforter les plateaux techniques existants de recours en neurochirurgie pédiatrique et les filières de prise en charge

La prise en charge de tous les enfants qui nécessitent un acte thérapeutique chirurgical majeur doit être réalisée dans une structure qui regroupe les compétences spécialisées et les organisations nécessaires en neurochirurgie pédiatrique, neuropédiatrie, neurologie interventionnelle pédiatrique, imagerie pédiatrique, anesthésie-réanimation pédiatrique et en lien avec les équipes adultes.

Des filières de soins doivent être structurées entre les deux sites et rendues lisibles au regard des compétences et des expertises existantes, pour permettre une prise en charge intrarégionale au bénéfice des enfants et de leurs parents. Ainsi, il est nécessaire d'individualiser :

- une filière pour la prise en charge des maladies neurovasculaires malformatives de l'enfant (anévrismes de l'ampoule de Galien, maladies de Moyamoya, etc.) nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire ;
- une filière pour la prise en charge chirurgicale des épilepsies chez l'enfant qui propose l'ensemble des étapes du parcours de prise en charge pré-chirurgical, chirurgical, le suivi post-opératoire et la transition à l'âge adulte ;
- une filière pour la prise en charge chirurgicale des faciocraniosténoses, pathologies qui nécessitent une prise en charge d'expertise, pluridisciplinaires associant pneumopédiatre, ophtalmopédiatre, généticien, neuropédiatre et chirurgien de la main.

Il est également nécessaire d'anticiper les innovations technologiques à venir et notamment les ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) et la chirurgie laser.

¹ Source : Données PMSI 2019 à 2022.

2. Améliorer la filière d'aval

- Mettre en œuvre une offre de soins médicaux et de réadaptation pédiatrique en hospitalisation complète et de jour pour prendre en charge les enfants.
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée.
- Développer la prise en charge des enfants en hospitalisation à domicile.

3. Améliorer la pertinence des prises en charge

- Réactiver les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) entre les deux sites de la région.
- Suivre les indicateurs de vigilance.
- Renseigner les registres professionnels d'observation des pratiques dès leur mise en place (article D. 6124-276 du Code de la Santé Publique) dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.
- Participer au dispositif spécifique régional (DSR) de chirurgie pédiatrique qui doit être mis en place.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.13

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Activité soumise à autorisation

○ En termes d'autorisation

Dans le cadre de la réforme des autorisations, l'activité de neuroradiologie interventionnelle, rebaptisée « activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie » ne fait plus l'objet d'une planification interrégionale et devient une activité de recours régional. Elle concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

- L'enjeu principal de cette réforme est l'introduction d'une gradation des soins proposant de réaliser, dans un centre de mention A, les actes de thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans des établissements ne disposant pas sur place d'une activité neurochirurgicale. Cependant, les conditions techniques de fonctionnement réglementaire sont quasi identiques à celles d'un centre de mention B qui comprend l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie et qui nécessite une garde sur place de neurologue ou médecin compétent en pathologies neurovasculaires.
- L'instauration de nouveaux seuils minimaux d'activité :
Pour les sites de mention A : 60 actes de thrombectomie mécanique annuels.
Pour les sites de mention B : 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie par an.

○ En termes de structures

4 établissements dont 1 Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) sont autorisés pour l'activité de neuroradiologie interventionnelle.

Les départements alpins et le Vaucluse ne disposent pas d'offre, celle-ci devant être associée à une autorisation d'activité en neurochirurgie.

○ En termes d'activité

En 2022, tous les établissements autorisés satisfont à l'exigence réglementaire d'une activité minimale annuelle fixée à 80 interventions.

- Un taux de recours régional standardisé globalement stable qui tend à se rapprocher du national (0,25 versus 0,26).
- Une activité pédiatrique minime mais organisée avec les 2 services de pédiatrie universitaires¹.

¹ Sources : ATIH Scansanté Taux de recours MCO 2017-2021 et données PMSI 2022.

○ Focus sur l'activité de thrombectomie mécanique

La thrombectomie mécanique est un traitement de l'AVC ischémique effectué en urgence consistant à retirer le caillot de sang qui occlut une artère cérébrale pour rétablir la circulation sanguine vers le cerveau.

- Une activité qui stagne dans notre région (540 en 2022 vs 555 en 2021¹) malgré des indications qui ont évolué, notamment dans le délai de prise en charge (AVC ischémiques étendus dans les 24h et AVC ischémiques de la circulation postérieure).
- Une activité en lien avec les volets médecine d'urgence, neurochirurgie et la filière AVC.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

- Maintenir une réponse régionale adaptée en s'appuyant sur les sites autorisés à pratiquer cette activité.
- Améliorer l'accès à la thrombectomie mécanique, organisé pour l'ensemble des patients éligibles, sur toute la région.

LES OBJECTIFS

1. En termes d'organisation des soins

- *Faciliter le parcours de soins du patient adulte et de pédiatrie*
 - Assurer en permanence une liaison avec les structures de médecine d'urgence, et une coordination de multiples équipes : médecine d'urgence, neurologie vasculaire, neuroradiologie interventionnelle et souvent anesthésie-réanimation.
 - Disposer sur chaque site autorisé de 2 salles d'angiographie numérisée interventionnelles disposant de moyens de visualisation du parenchyme cérébral permettant de répondre aux situations urgentes et programmées.
 - Organiser le parcours du patient notamment son accueil, la réalisation de l'acte interventionnel et la prise en charge de la phase aigüe jusqu'à sa sortie, le plus souvent en service soins médicaux et de réadaptation à orientation neurologique ou gériatrique selon les besoins du patient. L'hospitalisation à domicile peut également apporter, si l'état du patient le permet, une réponse adaptée.
- *Proposer une offre de soins prenant en compte les différentes réalités des territoires*
 - Compte tenu de l'activité actuelle, de l'obligation d'assurer l'ensemble des permanences de soins réglementaires, d'une démographie médicale et paramédicale (neurologues vasculaires, infirmiers anesthésistes (IADE) et manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM)) défavorable, de la grande fragilité des unités neurovasculaires de proximité, des exigences attendues en termes de qualité et de sécurité, il n'est pas opportun de créer des sites de thrombectomie de mention A dans la région.
Il est donc nécessaire de conforter les sites experts existants, de mention B, permettant d'optimiser les moyens humains et techniques de chacun et de garantir la sécurité des soins.

¹ Source : données PMSI 2021.

- Cependant, l'amélioration attendue de l'organisation du parcours des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux et le vieillissement de la population sont susceptibles d'engendrer un accroissement de l'activité sur ces sites, notamment l'activité de thrombectomie mécanique, rendant impératif le suivi de l'évolution de celle-ci et éventuellement l'adaptation de l'offre sur la région.

2. En termes de pertinence, qualité et sécurité des parcours

- Organiser une continuité et une permanence des soins en garde ou en astreinte opérationnelle pour le neuroradiologue interventionnel et un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation et, sur place, pour le neurologue ou médecin compétent en pathologies neurovasculaires de l'unité neurovasculaire du site.
- Organiser une prise en charge pluriprofessionnelle des patients par une équipe formée aux spécificités de l'acte interventionnel mais également assurer un lien avec les unités de neurologie ou de gériatrie aiguë ou tout autre unité de médecine, de pédiatrie, de SMR ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile offrant ces modalités d'accompagnement.
- Assurer des pratiques de qualité et sécurisées par :
 - le respect d'une activité minimale annuelle ;
 - l'identification et la mise à jour régulière des recommandations de bonnes pratiques ;
 - l'identification des actions menées pour améliorer la pertinence des soins au niveau de chaque structure autorisée ;
 - la formation des acteurs ;
 - le recueil dans des registres, s'ils existent, et l'analyse de données issues des pratiques professionnelles qui sont indispensables en complément des données quantitatives pour améliorer en continu les prises en charge et assurer une gestion des risques optimale.

3. En termes de ressources

- *Faire face aux difficultés en matière de ressources humaines*
- Les difficultés en matière de ressources humaines concernant les neurologues vasculaires constituent un frein à la mise en œuvre de la gradation des soins, rendant impossible la création de mention A, sans mettre en grande difficulté les centres existants. Ainsi, devant un nombre d'internes en neurologie insuffisant, il est nécessaire de poursuivre le déploiement des postes d'assistant spécialiste à temps partagé avec un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV) de proximité. Une réflexion est à mener sur l'attractivité des postes dans les unités neurovasculaires et sur l'organisation de la permanence médicale sur les sites de recours.
- En parallèle, le développement des compétences en neuroradiologie doit être poursuivi pour anticiper au mieux l'ouverture de futurs centres de thrombectomie de mention A.
- *S'appuyer sur des ressources numériques de qualité*
- La télémédecine est un atout majeur dans ce domaine, notamment pour les urgences neurochirurgicales et les accidents vasculaires cérébraux, même si les demandes de téléexpertise ou de téléconsultation hors urgences sont elles aussi très « structurantes » quant à l'organisation des prises en charge.

- Elle est un moyen indiscutable d'amélioration de l'accès à un diagnostic spécialisé, à la qualité des prises en charge, à la rationalisation des transferts, et à la sécurisation d'un éventuel suivi spécialisé à distance.
- Tous les établissements de la région disposent d'un outil de télémédecine permettant le transfert d'images entre les établissements et les services de neurochirurgie de la région. Cependant, comme dans d'autres spécialités, il existe un fort enjeu en terme de téléexpertise et il est donc nécessaire de travailler avec une plateforme régionale adaptée aux besoins d'aujourd'hui permettant un transfert d'images rapide et de bonne qualité sur l'ensemble du territoire et à l'échelle internationale, dans des conditions de sécurité optimales.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.14

Activité de médecine d'urgence

Activité soumise à autorisation - Décrets n° 2006-576 et n° 2006-577 du 22 mai 2006

En France, l'augmentation constante du recours aux urgences et les difficultés rencontrées par les établissements ont amplement participé à la fragilisation de ces structures.

En 2019, le Pacte de refondation des urgences annonce 12 mesures visant à aboutir à une meilleure organisation et à une diminution de la pression sur les services d'accueil des urgences. Parmi ces mesures, la refonte du mode de financement des urgences permet de ne plus reposer uniquement sur le volume d'activité pour favoriser la prise en compte de l'intensité de la prise en charge et de la qualité des soins.

Trois ans plus tard à l'été 2022, à l'aune d'une nouvelle période de tensions, le docteur François Braun publie un rapport y listant 41 recommandations ayant vocation à fluidifier les organisations par un cadre réglementaire dérogatoire. Ces mesures constituent de véritables boîtes à outils proposant les leviers indispensables à mobiliser pour désengorger les services d'urgence. Ces leviers, qui pour la plupart concernent l'amont et l'aval des urgences, doivent être déployés concomitamment à une éducation à la santé et à une meilleure connaissance par la population des réflexes d'orientation et de priorisation en cas de besoin inopiné d'accès aux soins.

○ En termes de sites autorisés

L'exercice, par un établissement de santé, de l'activité de soins de médecine d'urgence est autorisé selon une ou plusieurs des modalités suivantes :

- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
- la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- la prise en charge des patients accueillis dans le service d'accueil des urgences (SAU).

Nous comptons, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 6 SAMU, 42 implantations SMUR (dont 2 SMUR pédiatriques et 12 antennes de SMUR) et 49 SAU.

○ En termes d'activité

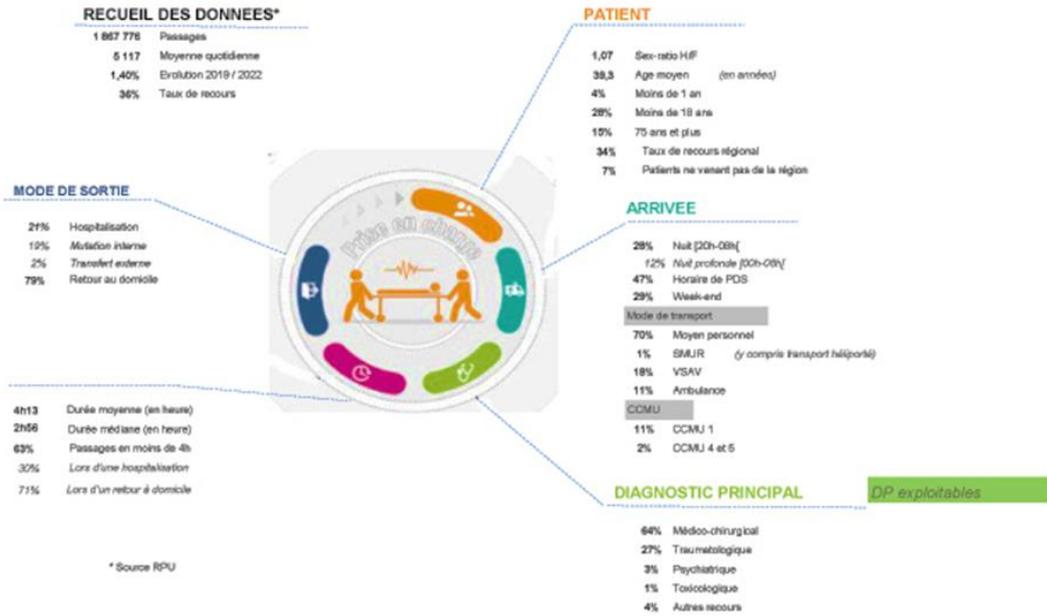
Comme à l'échelle nationale, une augmentation constante du recours aux urgences est observée dans notre région, avec un nombre de passages en 2022 en hausse de 1,4% par rapport à 2019 (1,87 versus 1,84 million). Ces niveaux d'activité sont à mettre en regard des effectifs de personnels disponibles, en baisse continue et durablement impactés par la crise sanitaire de 2020-2021.

L'évolution observée est contrastée, avec une baisse des prises en charge de faible sévérité (12% de CCMU¹ en 2019 versus 11% en 2022), mais avec une augmentation des passages de personnes âgées (14% versus 15% de passages de patients de plus de 75 ans de 2019 à 2022) et des passages plus longs pour une même sévérité (augmentation > 10% du temps moyen des prises en charge)².

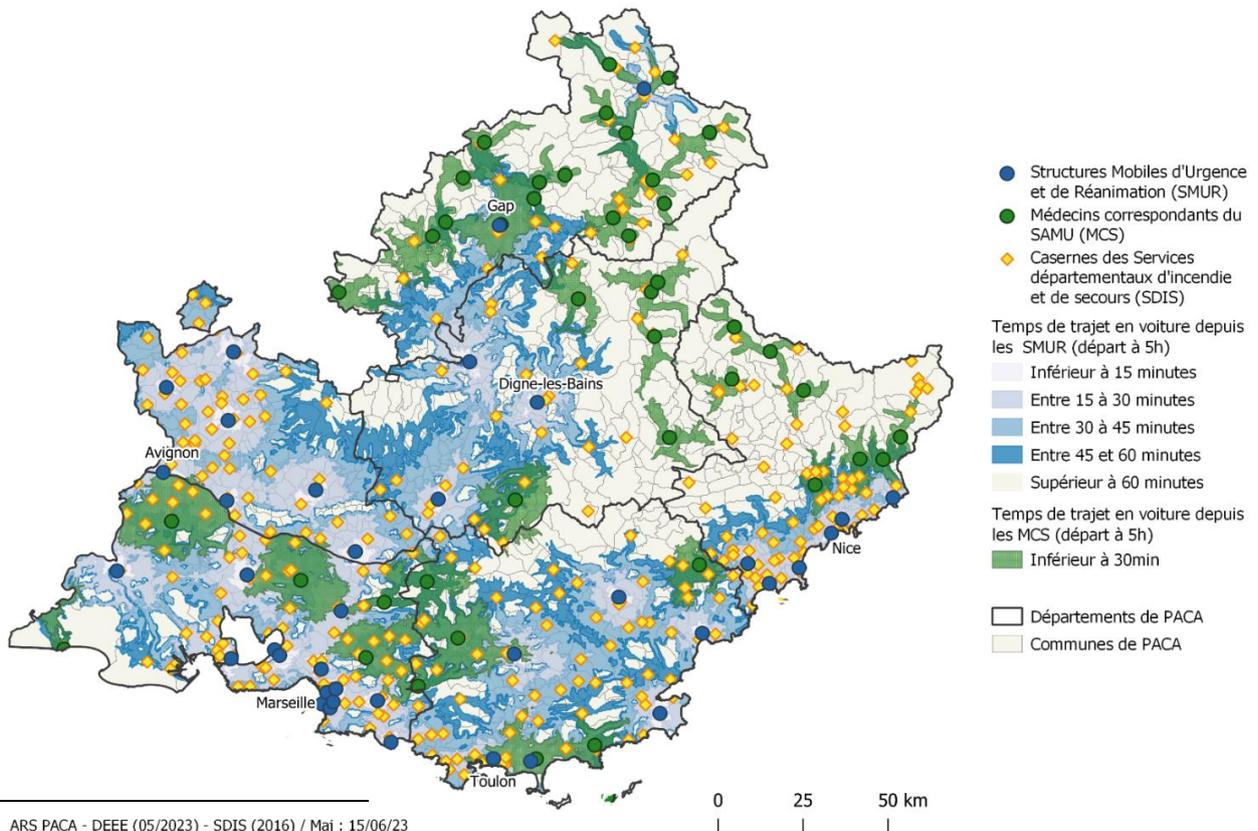
¹ La Classification Clinique des Malades aux Urgences, couramment abrégée par le sigle CCMU, est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

² Données d'activité issues du logiciel Terminal Urgences donnant lieu aux Résumés de Passage aux Urgences (RPU).

Chiffres clés de l'activité des urgences 2022



En 2022, le recours aux SMUR baisse par rapport à 2019 (72 644 versus 65 249 sorties renseignées dans TSMUR). Les sorties SMUR sont caractérisées par les spécificités géographiques de la région, qui dispose de vastes territoires à faible densité de population et difficiles d'accès (cf. carte ci-dessous)¹.



Enfin, une augmentation constante est observée sur l'activité des SAMU pour l'ensemble de la région de 2019 à 2021, qu'il s'agisse du nombre d'appels ou de dossiers régulés (+13%, de 1.740 à 1.970 million d'appels). Cette activité est appelée à augmenter davantage avec la mise en place des services d'accès aux soins en région¹.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

Ces constats imposent de repenser les organisations actuelles dans un contexte de raréfaction croissante des ressources médicales et paramédicales. En Paca, les services d'accueil des urgences déclarent en moyenne un tiers de leurs effectifs médicaux vacant, dont un certain nombre d'établissements en grande difficulté et reportant des taux de vacance supérieurs à 60%. Concernant les effectifs paramédicaux, la situation est très hétérogène sur le territoire, avec des taux de vacance pouvant aller jusqu'à 20% dans certains établissements².

L'enjeu prioritaire de ces cinq prochaines années est donc de réussir à désengorger les services d'accueil des urgences afin que les professionnels puissent se recentrer sur leur cœur de métier.

Concomitamment, l'activité de médecine d'urgence nécessite de disposer d'une entité régionale participant à l'animation et au recueil de toutes les ressources nécessaires au pilotage territorial de la filière.

Enfin, la médecine d'urgence est au cœur de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles en lien avec les acteurs du dispositif ORSEC. Ce rôle central nécessite un plan d'acquisition et de maintenance des produits de santé et des équipements, ainsi qu'un renforcement de la formation des professionnels de l'urgence aux SSE³.

LES OBJECTIFS

1. **Consolider et structurer une réponse aux besoins de soins non programmés en médecine de ville afin d'éviter les orientations non justifiées vers les services d'urgence**

En dehors des périodes de permanence des soins ambulatoires (PDSA) :

- conforter le rôle du médecin traitant ;
- améliorer la lisibilité des organisations territoriales, en accompagnant les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans leur mission première d'accès aux soins ;
- soutenir l'exercice coordonné pour consolider des modalités de travail favorisant la réponse aux soins non programmés ;
- développer des protocoles de coopération pour élargir le vivier de professionnels de santé de proximité pouvant apporter une réponse dans un cadre territorial partagé et en lien avec le médecin traitant ;
- s'appuyer sur la régulation des SAS pour les patients n'ayant pas trouvé de consultation en ville.

¹ Données d'activité issues du logiciel de régulation Centaure

² Enquête réalisée par les services de l'ARS en 2022 auprès de tous les SAU de la région (29 établissements répondants).

³ Cet enjeu est développé dans le Chapitre 1 : protéger la santé des populations, sécurité sanitaire et préparation aux crises.

En période de PDSA :

- renforcer les organisations territoriales permettant de rendre possible la réponse aux besoins de soins non programmés lors des périodes de tensions, par l'ajout de lignes en régulation et/ou en effectif via la révision du cahier des charges de la PDSA et après concertation avec les acteurs de la santé ;
- proposer une réponse avec des lieux fixes (maisons médicales de garde) et maintenir les déplacements au domicile auprès des personnes qui ne peuvent pas se déplacer ;
- dans les territoires qui le souhaitent, mobiliser les outils de la télémédecine, en soutien de binômes infirmiers au domicile / médecins en téléconsultation ;
- anticiper collectivement les adaptations de cette offre pour faire face aux périodes de tension de l'offre de soins.

Organiser la complémentarité entre l'offre de soins non programmés de ville et les professionnels de la médecine d'urgence :

- travailler la complémentarité entre acteurs de la médecine d'urgence hospitalière et acteurs de ville pour permettre l'orientation adaptée des patients et graduée selon le motif de recours ;
- rendre lisible, auprès des professionnels de la médecine d'urgence et des SAS, les capacités de réponses aux soins non programmés mobilisables sur chacun des territoires. Les modalités d'accès rapide à un plateau technique de 1^{er} recours en ville (imagerie, biologie), à mobiliser selon l'état de santé du patient, pourront également être précisées. L'ARS, en cohérence avec les évolutions nationales en cours, proposera un cadrage pour faciliter l'identification et la gradation des réponses activables en soins de proximité, par les acteurs de l'urgence hospitalière.

Il convient par ailleurs de rendre lisible l'offre de ville existante auprès de la population. A ce titre, le déploiement d'une campagne de communication régionale relative au bon usage des urgences et promouvant l'offre alternative de soins non programmés doit être poursuivi. Soutenue par les acteurs locaux, la campagne de communication initiée en région Paca à l'été 2022 constitue la première étape d'une communication pédagogique qui doit être largement relayée sur l'ensemble du maillage sanitaire national afin de limiter le mésusage des urgences. Cette campagne doit par ailleurs permettre d'orienter les patients en rupture de soins et en situation de précarité sociale¹.

Enfin, les soins non programmés doivent être développés par spécialité, en identifiant les motifs de recours prioritaires. Un recensement exhaustif des spécialités doit être réalisé au niveau territorial, englobant les établissements de santé publics, privés, ESPIC et la médecine de ville. Ce territoire pourrait être le pivot de l'organisation de chaque spécialité recensée, permettant de structurer la filière et la prise de rendez-vous. Pour le déploiement de ces filières spécialisées, il sera par ailleurs opportun de s'appuyer sur les outils nationaux actuellement en cours de consolidation pour la structuration de l'accès aux soins non programmés en médecine générale.

Concernant l'amont des services d'urgences pédiatriques, la part des enfants qui relèvent d'une offre de soins alternative type soins non programmés, avec un moindre plateau technique, représente entre 30 à 40% des passages aux urgences. Pour ces patients peu graves, il n'est pas toujours une nécessité absolue que l'enfant soit vu par un pédiatre. Pour éviter ces recours inadaptés, il convient de déployer une communication spécifiquement dédiée aux parents afin de favoriser les offres alternatives et les consultations délocalisées des urgences (centres de soins non programmés, maisons médicales de

¹ Le parcours de soins des patients en situation de fragilité est développé dans le CHAPITRE 2 : réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

garde générales). De plus, certaines CPTS disposent d'orientations pédiatriques au sein de leur projet de santé ; elles peuvent alors jouer un rôle important dans l'orientation de ces enfants, de par leur connaissance du maillage territorial, permettant une facilitation de l'accès aux soins et la mobilisation et la diffusion des informations auprès des réseaux de professionnels.

2. Sécuriser l'offre de soins urgents par l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail

La réflexion institutionnelle et au sein des pôles urgences porte sur divers aspects tels que le sens du métier, les compétences, l'éthique professionnelle et les conditions de travail de ces services spécifiques (SAMU, SMUR, SAU) ainsi que la coordination entre ces différents services. Cette réflexion doit s'inscrire dans le règlement intérieur ou le projet de service, élaboré collégialement par les responsables médicaux et paramédicaux en coordination avec les membres de l'équipe.

Disposer d'un projet commun favorise en effet l'implication professionnelle de chaque corps de métiers et permet d'améliorer tant la qualité des soins que le bien-être au travail. L'élaboration ou la mise à jour de ce document permet également d'analyser les points forts et les points à développer en termes d'organisation, de formations, d'interactions et de transversalité. La mobilisation des personnels autour de projets communs pourra être valorisée au travers de la prime d'engagement collectif.

Si certaines formations sont obligatoires pour les professionnels médicaux et paramédicaux travaillant aux urgences¹, d'autres doivent être soutenues et encouragées tout au long de la carrière et intégrées dans le projet de service. L'amélioration de la qualité de vie au travail passe en effet par la fidélisation des professionnels de santé, ainsi que par une reconnaissance appropriée de la pénibilité d'exercice. Enfin, il apparaît nécessaire que les établissements de santé du territoire autorisés à la même activité de soins appliquent de manière uniforme la réglementation propre à chaque corps et ce, afin de réduire le nomadisme des professionnels, de renforcer leur engagement professionnel auprès de leur établissement de rattachement et de sécuriser la prise en charge des patients.

3. Fluidifier l'aval des urgences et améliorer le parcours de soins des publics spécifiques

L'indisponibilité des lits d'aval allonge les files d'attente aux urgences, entraînant une perte de chance pour les patients et imposant aux urgentistes un temps non clinique important. La fluidification du parcours des patients représente un véritable enjeu de qualité et de sécurité des soins, en plus d'être un levier clef pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels des urgences. Encore trop souvent considérée comme une responsabilité propre à la structure des urgences alors qu'elle est avant tout le reflet d'une problématique d'établissement, cette question doit faire l'objet d'une véritable mobilisation des acteurs au sein des établissements et au niveau du territoire, notamment à travers les GHT.

En premier lieu, les établissements sièges de SAU ont l'obligation réglementaire de déployer une fonction de gestionnaire des lits². Des cellules d'ordonnancement territoriales sont de plus promues par l'ARS pour optimiser la gestion des lits à l'échelle des territoires. Tous les GHT de la région ont ainsi bénéficié de financements dédiés pour leur mise en place. Les projets financés prévoient la fiabilisation, le recueil, l'automatisation et la centralisation en temps réel des données de bed-management pour une utilisation par tous les acteurs. Cette fonction est essentielle pour

¹ Et notamment : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU 1 et 2), situations sanitaires exceptionnelles (SSE), infirmier d'accueil et d'orientation (IAO).
² Aussi appelé « bed-manager », voir l'instruction DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021.

l'organisation en amont et en aval des urgences, notamment en période de crise. La stratégie régionale doit donc être soutenue jusqu'au déploiement effectif des cellules territoriales.

- **Parcours pédiatrique**

Les prises en charge pédiatriques sont prioritairement impactées par la saisonnalité, avec, bien souvent, des services d'urgence qui doublent leur activité au pic de l'épidémie. La prévisibilité de ces épidémies doit permettre d'organiser et d'anticiper les besoins d'aval, hors et au-delà des modes dégradés et des déprogrammations souvent mis en place. Les SAU pédiatriques mobilisent des pédiatres de l'établissement en tant que ressources humaines spécifiquement formées et dédiées à l'urgence. Cette organisation, qui permet de créer du lien entre la médecine d'urgence et la médecine de spécialité, peut s'avérer parfois fragile au regard des faibles effectifs de pédiatres. La prise en charge des enfants dans les services d'urgences polyvalentes doit, quant à elle, être organisée en collaboration avec une structure de pédiatrie, et le médecin responsable du service doit disposer d'une expérience en pédiatrie. La gradation de la prise en charge des urgences pédiatriques doit également être organisée en fonction des plateaux techniques des différents établissements de santé (établissements de recours et établissements de référence).

Enfin, l'identification et les renforts nécessaires en lits de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent poursuivent trois objectifs : éviter les passages aux urgences, réduire les hospitalisations inadaptées en service de psychiatrie adulte, et permettre de répondre à une demande croissante.

- **Parcours psychiatrique**

La réponse aux urgences psychiatriques en services d'accueil des urgences s'organise autour des centres d'accueil psychiatrique (CAP), présents dans les SAU qui enregistrent plus de 45 000 passages par an. En 2023, 6 de ces 10 établissements disposent d'un CAP, mais la pénurie de personnels qualifiés empêche la création des 4 CAP restants.

D'autres leviers doivent alors être mobilisés afin de pouvoir améliorer la prise en charge psychiatrique en service d'urgences, comme le déploiement d'équipes mobiles psychiatriques, susceptibles d'intervenir au sein du service d'urgence de leur établissement de rattachement.

La mesure 20 des Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie vise par ailleurs à assurer une régulation psychiatrique disponible en permanence, en lien avec l'offre de soins du territoire, sur le modèle du SAS. Le développement de filières psychiatriques au sein des SAS est en effet préconisé pour répondre rapidement aux demandes de soins psychiatriques et orienter les patients de manière adaptée. Enfin, l'harmonisation des pratiques départementales concernant les soins psychiatriques sans consentement et une meilleure communication sur les alternatives aux hospitalisations sous contrainte sont nécessaires, en collaboration avec les Préfectures.

- **Parcours cancérologie**

Les services d'accueil des urgences sont un lieu de passage fréquent pour les patients atteints de pathologies cancéreuses, pourtant souvent inadéquat. La prise en charge de ces patients nécessite que les médecins urgentistes disposent d'un contact auquel s'adresser au sein des établissements autorisés au traitement du cancer (primo-diagnostic, complications) répondant ainsi à l'exigence posée par la réforme des autorisations qui dispose que les établissements autorisés en cancérologie doivent pouvoir organiser la continuité des soins pour leurs patients afin de ne pas avoir recours aux services d'urgence¹.

¹ Article R.6123-91-11 du code de la santé publique

Continuité et permanence¹ des soins en parcours cancérologie nécessitent toutes deux la création de hotlines et de numéros dédiés au caractère opérationnel, aboutissant à une solution efficace pour le patient et évitant le renvoi vers les urgences. Cette impulsion a déjà été lancée par l'ARS avec l'instauration d'un parcours dédié à la prise en charge de la leucémie aigüe en primo-diagnostic et avec la mise en place de 4 astreintes régionales d'hématologie aux numéros dédiés. Les hotlines doivent être complémentaires à l'organisation globale mise en place entre les services d'accueil des urgences et les établissements autorisés au traitement du cancer, pour que SAU et SAMU ne soient pas une solution permanente à la prise en charge de ces patients mais des partenaires de ces établissements. Au terme de la structuration régionale du SAS, il conviendra également de s'interroger sur l'organisation de filières cancérologies dans le cadre de ce parcours.

- **Parcours gériatrique**

Les patients de plus de 75 ans représentent plus de 20% des passages aux urgences de la région Paca. Selon les structures, en moyenne 50% de ces patients rentrent à domicile sans être hospitalisés². La littérature scientifique met en évidence le facteur de comorbidité important que représente l'admission par les urgences des personnes âgées (dégradation fréquente de l'état physique et psychique, inconfort du brancard, attente, solitude, désorientation).

Mesure 5 du pacte de refondation des urgences, l'atteinte de l'objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées passe par le déploiement d'alternatives efficaces. Les procédures d'admissions directes non programmées (ADNP), les infirmiers gériatriques aux urgences (IGU), les équipes mobiles gériatriques (EMG) intra et extra hospitalières, les infirmiers de liaison d'HAD présents dans les services d'urgences, les astreintes infirmières en Ehpad, sont autant de leviers initiés en Paca³ et qui doivent continuer à se renforcer.

Afin de structurer un parcours gériatrique robuste, il convient également de renforcer la capacité de gestion territoriale des lits d'aval en lien avec le secteur médico-social.

4. Faciliter l'adressage pré-hospitalier

Le développement d'outils innovants s'appuyant notamment sur les capacités techniques d'apprentissage à partir des données d'aide médicale urgente existantes doit permettre de faciliter la régulation médicale pré-hospitalière dans les années à venir. Il convient avant tout de mettre en place des outils favorisant l'interopérabilité régionale des fonctions de régulation, afin de sécuriser les missions des SAMU et de fluidifier les échanges pendant les différentes étapes de la prise en charge des patients, du pré-hospitalier jusqu'au post-urgences. La mise à disposition de ces outils nécessite des travaux de standardisation des pratiques et référentiels. Le travail de référencement régional des moyens d'intervention⁴ et d'adressage doit être continué et articulé avec les travaux de suivi en temps réel des capacités d'accueil, incluant les flux régulés et les flux spontanés, afin d'optimiser ultérieurement les stratégies de prise en charge à la main des SAMU.

Par ailleurs, la généralisation du dispositif SAS à l'échelle nationale est prévue pour l'année 2023. L'accompagnement et le suivi des projets SAS sont assurés par l'ARS en collaboration avec les acteurs de la ville et de l'hôpital.

¹ La continuité des soins, qui se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés, est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé. La permanence des soins en établissement de santé quant à elle se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h et jusqu'à 8 h), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

² Données d'activité issues du logiciel Terminal Urgences donnant lieu aux Résumés de Passage aux Urgences (RPU).

³ En Paca, 31 IGU sont répartis au sein des SAU polyvalents, 41 établissements organisent des ADNP, 26 EMG interviennent sur le territoire, 16 infirmiers de liaison interviennent ponctuellement en SAU et 7 astreintes IDEL sont mobilisables

⁴ La sectorisation régionale des SMUR sera publiée sur le site de l'ARS Paca.

5. Optimiser le maillage territorial de l'aide médicale urgente

Cet enjeu vise à coordonner les leviers existants et ceux à promouvoir, permettant à la population de disposer d'un accès à la médecine d'urgence en moins de trente minutes.

- *Poursuivre le déploiement des médecins correspondants de SAMU*

Les médecins correspondants de SAMU (MCS) sont des médecins libéraux formés à l'urgence et intervenant en avant-coureur d'un SMUR sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le temps d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et pour lesquels l'intervention d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour les patients. Actuellement au nombre de 104 en Paca¹, leur déploiement doit être étendu, en particulier en Vaucluse, en sensibilisant les médecins libéraux non-inscrits au dispositif. Le maintien du niveau de leurs compétences doit pouvoir être garanti (formations proposées par les CESU) et la mise en place de critères qualité pourra permettre d'évaluer leur activité. Comme pour les SMUR, il est nécessaire de rationaliser les ressources en MCS, en promouvant par exemple les exercices en coopération avec les infirmiers sapeurs-pompiers et les membres du service de santé et de secours médical (SSSM) du SDIS. Dans une optique d'harmonisation des pratiques, une plateforme numérique régionale de déclenchement et de collecte des données MCS doit être créée à court terme, en interopérabilité avec les logiciels de régulation des SAMU.

- *Renforcer la complémentarité avec les services d'incendie et de secours*

La mise en place d'une organisation complémentaire entre la médecine d'urgence pré-hospitalière et les SDIS vise à mieux coordonner les moyens de secours et créer du lien entre les équipes. Une meilleure prise en compte des véhicules légers infirmiers (VLI) dans l'organisation des transports pré-hospitaliers doit permettre de s'interroger sur la gouvernance opérationnelle entre des vecteurs sapeurs-pompiers à la main du centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) et des vecteurs hospitaliers à la main du SAMU. La gestion opérationnelle de ces différents moyens doit passer par la rédaction de protocoles communs d'engagement départementaux afin d'assurer un système de complémentarité. Ces protocoles ont vocation à s'inscrire au sein des conventions existantes et doivent être maintenues à jour (conventions cadres départementales entre SAMU et SDIS territorialement compétents et conventions conclues entre chaque établissement siège de SMUR et le SDIS de territoire).

- *Développer les transports paramédicaux*

Il existe en Paca des difficultés et des hétérogénéités de déploiement des transports infirmiers inter hospitaliers (T2IH)². Les recommandations des sociétés savantes et la réglementation en vigueur doivent guider leur émergence et coordination, notamment concernant la nécessité de formation spécifique qu'ils induisent pour les infirmiers.

De plus, la future réforme des autorisations³ relative à la médecine d'urgence crée les unités mobiles hospitalières paramédicales (UMHP) comme nouvelle modalité de transport infirmier. Ce nouveau dispositif permet de déclencher, en sortie primaire, une équipe composée uniquement d'un conducteur et d'un infirmier au regard du besoin de médicalisation requis par l'état de santé du

¹ 6 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 42 dans les Hautes-Alpes, 34 dans les Alpes-Maritimes, 8 dans les Bouches-du-Rhône, 14 dans le Var.

² Les T2IH concernent des patients transportés entre deux établissements de soins ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée mais relevant des compétences d'un infirmier. Ils concernent l'ensemble des transferts inter hospitaliers incluant l'activité pédiatrique, les transferts in-utero ou psychiatriques (article R6312-28-1 du code de la santé publique).

³ Dans le cadre de la réforme des autorisations actuellement en cours au niveau national, l'activité de médecine d'urgence fera l'objet dans les prochains mois d'une mise à jour de ses décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

patient et sous la supervision du médecin régulateur. Les UMHP sont une nouvelle composante de la chaîne de soins pré-hospitalière. Cette rationalisation de l'usage des ressources médicales doit être déployée selon les recommandations des sociétés savantes et par l'élaboration de protocoles infirmiers spécifiques à cette activité, permettant aux urgentistes alors présents de se consacrer aux cas les plus complexes.

- *Optimiser le recours aux SMUR terrestres, hélicoptérés et maritimes*

L'organisation globale de la médecine d'urgence pré-hospitalière fait apparaître un maillage suffisant en termes d'implantations de lignes SMUR en région Paca. Cependant, des améliorations sont nécessaires, notamment en matière d'optimisation des moyens engagés et de qualité des pratiques. L'optimisation des moyens engagés passe par la définition du périmètre d'intervention des SMUR, délimités entre autres à partir des délais d'intervention, de la disponibilité des moyens et de la cohérence avec les schémas d'adressage (à définir). La connaissance en temps réel de la disponibilité et de la géolocalisation des moyens, d'ores et déjà déployée en Paca, doit pouvoir être garantie.

L'optimisation passe de plus par une rationalisation des ressources, qu'elles soient humaines ou matérielles (mutualisation entre équipes urgence, SMUR et/ou SAMU). Toutefois, la rationalisation impose que les équipes SMUR soient soutenues par d'autres effecteurs afin de limiter les interventions ne relevant pas de leurs missions propres.

La rationalisation des ressources nécessite également de repenser les organisations actuelles. Pendant la période estivale 2022, une expérimentation a été déployée en région, consistant en une extension des plages horaires d'interventions des héli-SMUR et permettant ainsi une couverture plus large avec des moyens mutualisés entre les territoires. Ce type d'expérimentations, très positives en région, doivent être encouragées en accord avec les professionnels, et jalonner, en outre, des conditions du futur marché héli-SMUR afin d'optimiser l'utilisation de ces moyens.

Enfin, l'amélioration de la qualité des soins requiert une analyse et une connaissance plus fine concernant les moyens à disposition de chaque SMUR, encore insuffisante en région.

Les transports hélicoptérés : la région Paca dispose de 5 héli-SMUR, renforcés par la participation des hélicoptères d'Etat aux missions sanitaires. L'intérêt des transports hélicoptérés est de garantir un transfert plus rapide que par voie terrestre. Cette condition n'est garantie que si des hélistations, répondant aux normes¹, sont présentes sur les établissements de santé à plateaux techniques lourds, sur des établissements géographiquement isolés sollicitant des transferts urgents, ainsi que par la mise à disposition de zones de déposes alternatives rendues accessibles au préalable. La coordination régionale de l'ensemble des moyens hélicoptérés sanitaires doit être renforcée ; elle permet de connaître en permanence les moyens disponibles dans la région afin de déterminer le vecteur à engager sur la base d'arbres décisionnels.

Les transports maritimes : la région Paca dispose d'un SAMU de coordination médicale maritime (SCMM), le SAMU 83, basé à Toulon. Actuellement, il dispose de 20 médecins projetables en mer spécialisés en médecine d'urgence et de catastrophe sous la forme d'un SMUR maritime. Il est aussi possible que l'équipe médicale soit vectorisée par un hélicoptère de la sécurité civile sur demande du CROSSMED et après régulation du SCMM.

¹ Cette prérogative a fait l'objet, en 2023, d'un audit régional en Paca.

6. Créer un observatoire régional des urgences en charge de la collecte et de l'analyse de données, et de l'animation territoriale relatives aux soins urgents non programmés

La région Paca doit pouvoir se doter d'une entité disposant en son sein d'une expertise relative à l'activité de médecine d'urgence et impliquée dans la collecte et l'analyse des données des soins de premier recours du territoire, dont les objectifs sont notamment d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative de l'activité des services d'accueil des urgences et d'alimenter la réflexion sur les conditions de prise en charge des patients et des besoins populationnels. Au regard de ces prérogatives, l'expertise médicale et la connaissance fine du fonctionnement des structures d'accueil des urgences constituent une composante indispensable à l'obtention de résultats pertinents.

Les différentes crises du système de santé, les difficultés croissantes de recrutement, la nécessité de coordination entre soins non programmés et soins urgents sont autant de défis que la région Paca doit relever. Pour y faire face, les missions d'animation territoriale et d'analyse de données autour de la médecine d'urgence, initialement portées par un ORU créé en 2008 puis réorganisé en 2018, devront bénéficier d'une structuration forte autour d'un réseau de professionnels.

Une telle entité doit s'ancrer fortement au sein des différents territoires de Paca et représenter l'ensemble des professionnels de la médecine d'urgence. Pour ce faire, elle pourra s'appuyer sur les organisations suivantes devant être formalisées au niveau infra régional :

- Les réseaux de prise en charge des urgences¹ : mis en place par les établissements de santé autorisés à l'activité de médecine d'urgence, ces réseaux contribuent à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens ;
- Les dispositifs spécifiques régionaux, qui, pour les activités soumises à autorisation nécessitant une expertise particulière, peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, aux établissements de santé ainsi qu'aux agences régionales de santé².

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

¹ Articles R.6123-26 à R.6123-32 du code de la santé publique.

² Articles L. 6327-6 et D. 6327-6 du code de la santé publique.

CHAPITRE 7.15.1

Les soins critiques - adultes

Activité soumise à autorisation

○ En termes de réglementation

Dans la suite de plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de la Cour des comptes une feuille de route gouvernementale a été publiée avec plusieurs objectifs dont notamment :

- bâtir une véritable filière de soins critiques, en renouvelant le cadre de fonctionnement de ces activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement ;
- lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels paramédicaux via un renforcement des équipes, un temps de formation, la pluridisciplinarité de l'équipe ;
- structurer des filières territoriales de soins critiques ;
- organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, en mettant notamment en place une réserve sanitaire de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence.

La réforme des autorisations des soins critiques est le pilier central de cette feuille de route

Le décret du 26 avril 2022 regroupe l'ensemble des activités anciennement dénommées « réanimation », « soins intensifs (SI) de spécialités » et « unités de surveillance continue (USC) » dans un même périmètre des « soins critiques ». Il précise que « l'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance » Parmi les activités de « surveillance continue », certaines évolueront vers le périmètre des « soins critiques », d'autre évolueront vers le périmètre, encore non totalement défini des « soins renforcés ».

Les objectifs de la réforme des soins critiques sont les suivants :

- Elargir le périmètre d'autorisation de la réanimation au champ des soins critiques dans son ensemble pour une approche plus intégrée en identifiant notamment dans le champ des autorisations les unités de soins intensifs cardiologiques, neurovasculaires et hématologiques.
- Requalifier les unités de surveillance continue isolées (ex-USC) ou à distance d'une réanimation en unités de soins renforcés hors du champ des soins critiques ou en unité de soins intensifs polyvalents (USIP) dérogatoire ou en unité de soins renforcés de chirurgie ou de médecine en fonction des prises en charge réalisées et notamment du niveau de fragilité des patients
- Transformer les ex-USC contiguës à la réanimation en unité de soins intensifs polyvalents (non dérogatoires) afin de garantir une gradation et un continuum de prise en charge des patients à risque de défaillance permettant de renforcer encore la qualité et la sécurité de la prise en charge et de mutualiser ces unités et les équipes qui les prennent en charge avec l'unité de réanimation afin d'augmenter rapidement le capacitaire lorsque nécessaire.
- Regrouper les lits pour disposer de plateaux de soins critiques de taille suffisante et éviter une dispersion inutile des capacités disponibles :

- afin d'avoir un meilleur respect des obligations structurelles portant sur le seuil capacitaire par unité, sur les locaux, sur leur équipement ;
 - et de faciliter la mutualisation des équipes notamment pendant les périodes de permanence médicale ainsi que la continuité de soins.
- Renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins.
 - Mettre en place un « dispositif régional de soins critiques ».

Des travaux sont en cours pour définir les nouvelles « unités de soins renforcés ».

En termes d'autorisations actuelles

La région compte

- 33 sites de réanimation adultes y compris les 2 HIA et les réanimations des grands brûlés
 - dont 64 % d'établissements publics, 15% d'ESPIC et 21% des établissements privés
- 36 sites sans réanimation mais bénéficiant de reconnaissances de lits d'USC (organisés en unité ou pas).
- Des unités de soins intensifs de spécialités existent sur les 2 CHU (pneumologie, néphrologie, digestif).
- 23 sites bénéficient d'une reconnaissance contractuelle d'unités de soins intensifs de cardiologie (USIC).
- 5 sites bénéficient d'une reconnaissance contractuelle d'unité de soins intensifs d'hématologie adultes.
- 8 sites bénéficient d'une reconnaissance contractuelle d'unité de soins intensifs neurovasculaires.

En termes d'activité (activité PMSI 2019)

- Une densité de lits de réanimation pour 100 000 habitants supérieure à la moyenne nationale (9,7/8,1).
- Une densité de lits en soins critiques pour 100 000 habitants supérieure également à la moyenne nationale (35,2 /29,2).
- Les réanimations sont des services où l'admission est régulée médicalement. Le recours à la réanimation (séjours et suppléments tarifaires) dans la région Paca est le plus important à l'échelle nationale. Il en est de même pour le recours aux lits de surveillance continue que ce soit en termes de séjours que de suppléments tarifaires.
- L'âge moyen en réanimation est de 65,6 ans avec une hétérogénéité dans les différentes structures (55,6 ans à 74,6 ans).
- La durée moyenne de séjours fait apparaître une médiane à 4 jours (durée moyenne de séjour de 3 à 15 jours).
- L'indice de gravité simplifié (IGS) moyen se situe à 42,3% (28 à 62,1).
- Le taux de décès moyen est de 21% (14 à 42%).
- Les fuites vers les établissements des régions limitrophes sont très limitées et concernent principalement le Vaucluse et les Hautes-Alpes. A l'inverse, l'attractivité est plus forte.
- A taux de recours constant, et en tenant compte des projections démographiques par tranches d'âge, on peut estimer une augmentation de 1,6% de suppléments de réanimation en 2030 et donc sans impact capacitaire significatif.
- L'offre est, comparativement aux autres régions, importante en surveillance continue, en particulier en surveillances continues non accolées à une réanimation et dites « isolées ».

- 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 comme publiques, sont très disparates.

L'ENJEU STRATÉGIQUE

Permettre à l'ensemble des patients de la région d'accéder à une prise en charge en soins critiques adaptée, sûre et de qualité malgré les contraintes importantes pesant à la fois sur les locaux et sur les charges de personnels médical et paramédical.

LES OBJECTIFS

1. Consolider des plateaux existants et accompagner leur mise aux normes en termes capacitaire, architectural et en personnel

- Les besoins en soins critiques sont couverts, y compris en prenant en compte les projections démographiques générales.
- La démographie médicale et paramédicale n'incite pas à une dispersion des équipes (effectifs en diminution, charges de sujétions fortes, etc.).
- Les exigences réglementaires nouvelles sont très contraignantes (personnels, permanences, locaux et équipement).
 - Nécessité d'une prise en charge collégiale et multidisciplinaire adaptée.
 - Nécessité d'un plan de flexibilité des personnels à mettre en place (plan de formation et d'adaptation à l'emploi, création d'équipes inter-unités, pools de remplacement, équipes de renforts)
 - Nécessité de disposer à terme d'un « plateau de soins critiques » dont les différents boxes peuvent permettre indistinctement la prise en charge des patients soit de réanimation, soit d'unité de soins intensifs polyvalents (USIP)
- Pour le renforcement des plateaux existants, une augmentation des capacités aussi bien en réanimation qu'en USIP est nécessaire pour se conformer à la réglementation et conforter les capacités disponibles à l'échelle de la région. Ce renforcement de l'ensemble des capacités de soins critiques existantes permettra de faciliter les permanences de soins ainsi que les flexibilités capacitaires exigées par la réglementation
- La création d'USIP dérogatoires ne peut s'envisager actuellement
- Toute création d'une USIP dérogatoire devra être conduite dans le cadre d'une coopération forte avec un plateau de réanimation de recours existant pour ce territoire. Le temps laissé par l'attente des textes permettra de préparer ces partenariats.
- Une organisation spécifique pour les 15 à 18 ans doit être formalisée.

Pour toutes ces raisons, il n'y a pas lieu de créer de plateaux supplémentaires de réanimation mais d'augmenter les capacités par des ajustements capacitaires sur les unités existantes en conformité avec les exigences nouvelles.

2. Fluidifier la filière soins critiques

- *Organisation graduée des prises en charge en soins critiques en améliorant les critères qualités dans les différentes unités*

Permettre un recours gradué et fluide à une USIP, 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'unité de soins critiques au bon moment* » :

- Mise en place d'un outil de gestion des lits partagé et interconnecté permettant à tous les acteurs de disposer, pour chacune des catégories de lits, des disponibilités en lits de soins critiques en temps réel et de la lisibilité des filières de la région.
- Informatisation de l'ensemble des plateaux de soins critiques par un dossier médical métier interopérable.
- Développement d'un outil de télé-médecine pour favoriser les partages d'avis entre unités adresses et réanimation de recours et entre les services d'urgences et les réanimations (communications sécurisées, n° dédiés, transferts d'informations rapides et sécurisées).
- L'amélioration de l'adressage des patients au bon plateau, doit être recherchée afin d'éviter les pertes de chance et de mieux utiliser les ressources en lits rares des réanimations de recours.
 - Systématiser l'information et le respect de la volonté des patients (directives anticipées dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux) et formaliser les protocoles de limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA) en favorisant les solutions innovantes de « pronostication ».
 - Développer chaque fois que possible et dans le respect des patients et de leur entourage la prise en charge en hospitalisation à domicile permettant d'éviter de transférer dans des unités de soins critiques les patients en fin de vie.
 - Poursuivre le développement de filières spécifiques (traumatologie, hématologie Aigue, UMAC, SOS aorte, etc.).
 - Une liaison permanente entre le SAMU, les services d'urgences et les réanimations est indispensable. Elle a pour objet d'apporter une réponse la plus optimale possible aux cas complexes lorsque qu'ils apparaissent. Le SAMU ne peut lui-même répondre seul à ce qui relève d'un dialogue entre la régulation (définir les modalités du transport), l'unité des urgences (prise en charge initiale du patient et connaissant son état clinique) et l'unité de réanimation (susceptible de prendre le relai de la prise en charge).
- *Améliorer la gestion des patients en aval des soins critiques*
- Accompagner le déploiement des services de rééducation post réanimation (SRPR).
 - Développer des services de rééducation post-réanimation sur des sites qui disposent d'une réanimation dans les 4 territoires qui concentrent le plus de population.
 - Développer des SMR spécialisés pour les patients qui gardent de lourdes dépendances après réanimation, qu'elles soient respiratoires (patients gardant une ventilation), et neurologiques (unités d'éveil et unités EVC EPR).
 - Renforcer les liens entre médecins de médecine physique et de rééducation et ceux des services de réanimation (notamment en cas « d'aller/retour » du patient).
 - Faciliter la prise en charge en HAD si la famille en est d'accord.
- Accompagner le déploiement des recommandations de bonnes pratiques du 15 juin 2023 de la Haute Autorité de Santé relatives au diagnostic, et à la prise en charge des patients présentant un syndrome post réanimation.

- Créer des lits d'aval pour les patients avec un bon pronostic de récupération fonctionnelle présentant un syndrome post-réanimation après séjour prolongé en soins critiques, de façon à fluidifier le parcours jusqu'aux SMR puis, le cas échéant, jusqu'aux structures médico-sociales ;
- Améliorer la récupération fonctionnelle des patients, en développant la rééducation précoce en réanimation en lien avec les rééducateurs fonctionnels (passages systématiques dans les unités de réanimation afin d'améliorer la prise en charge et d'anticiper et préparer la sortie de l'unité).
- Renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins.
 - Améliorer le suivi des événements indésirables graves (EIG).
 - Veiller à la bonne application des critères de qualité spécifiques aux unités de soins critiques inclus dans le manuel de certification HAS ainsi que les recommandations de bonnes pratiques diffusées par les sociétés savantes.
 - Mettre en place des registres au niveau régional notamment le registre des refus d'admissions qui précisera par structure les motifs de refus afin de distinguer les refus pour motifs éthiques, pour manque de disponibilités ou pour tout autre motif.
 - Le dispositif spécifique régional (DSR), dès sa mise en place, travaillera sur la définition de critères standard et l'harmonisation des données.
 - Renforcer le dispositif d'accréditation des professions à risques (médecins en médecine intensive réanimation - MIR, médecins anesthésistes réanimateurs - MAR).

3. Mise en place du dispositif spécifique régional

Ce dispositif contribuera à la synergie, à l'animation et à la coordination des professionnels des différentes unités de soins critiques adultes et pédiatriques, il devra promouvoir la qualité et l'efficacité des soins, le cas échéant en apportant un appui méthodologique et d'expertise, en assurant la diffusion des bonnes pratiques et le partage d'expertise notamment via la télésanté.

Il permettra, en lien avec l'ARS, d'améliorer la fluidité des circuits de prise en charge, de faciliter les transferts, d'anticiper et adapter la réactivité du système de santé en période de tensions sanitaires.

Les établissements disposant d'une autorisation de soins critiques de spécialité (USIC, unité de soins intensifs neuro-vasculaire - USINV, USIH) devront faire partie de la filière territoriale de soins des pathologies concernées par la spécialité permettant des coopérations notamment en télésanté

Les orientations concernant les soins critiques de spécialités seront traitées dans les volets cardiologie interventionnelle pour les USIC, prise en charge de l'AVC pour les USINV et cancérologie pour les USIH.

CHAPITRE 7.15.2

Les soins critiques - enfants

Activité soumise à autorisation

○ **En termes d'autorisations actuelles**

La région compte :

- 2 sites de réanimation pédiatrique dont une réanimation de recours ;
- 4 sites sans réanimation, bénéficiant de reconnaissances de lits d'unités de surveillance continue pédiatrique ;
- 2 sites bénéficiant d'une reconnaissance contractuelle d'unité de soins intensifs hématologiques pédiatriques.

○ **En termes d'activité (activité PMSI)**

- 2,8% d'augmentation du taux d'évolution de 2018 à 2022 sur les suppléments de réanimation (versus 3% au niveau national).
- 22% d'augmentation du taux d'évolution des suppléments de surveillance continue pédiatriques sur la même période versus 7,4 au niveau national (épidémies de bronchiolites importantes).
- Une activité stable aux alentours de 10% des séjours en « réanimation adulte » concernant des adolescents pris en charge dans des unités de réanimation adulte.

LES OBJECTIFS

1. **Conforter les plateaux techniques existants dans un contexte de ressources médicales et paramédicales défavorable**

- Installer l'ensemble des capacités autorisées sur la réanimation de recours.
- Assurer la mise aux normes capacitaires sur la réanimation pédiatrique niçoise.
- Regrouper les lits d'unité de soins intensifs polyvalents (USIP) auprès des unités de réanimation permettant d'optimiser les permanences de soins.
- Faire évoluer les « ex USC » reconnues sur des établissements qui ne disposent pas de réanimation, vers des USIP dérogatoires pour compléter l'offre de soins critiques pédiatriques ou des unités de médecine renforcées selon le profil des patients.
- Formaliser les conventions permettant, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, la prise en charge en soins critiques adulte des patients à partir de 15 ans.
- Renforcer les SMUR pédiatriques à Nice et Marseille dans ce cadre.

2. **Mise en œuvre du dispositif spécifique régional de soins critiques (DSR)**

- Obligation règlementaire pour les structures qui disposeront d'une autorisation de soins critiques d'adhérer au dispositif spécifique régional de soins critiques qui sera mis en place après la publication du PRS.
- Un groupe concernant les structures pédiatriques sera individualisé au sein du DSR.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.16

Insuffisance rénale chronique

Activité soumise à autorisation

Selon les données du Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) Provence-Alpes-Côte d'Azur, en 2021, 1 033 patients ont débuté une suppléance rénale par dialyse, tandis que 19 patients ont bénéficié d'une greffe rénale préemptive en région. Au 31 décembre 2021, il y avait donc 4 669 patients dialysés et 2 788 porteurs de greffons rénaux fonctionnels en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les données d'incidence et de prévalence dans la région étaient en augmentation en 2021 par rapport à 2020, année particulièrement difficile en raison de l'épidémie liée au Covid-19 qui a fortement impacté les activités de dialyse et de greffe. Ainsi le nombre de nouveaux dialysés augmentait en 2021 de 4.8% et le nombre de patients en dialyse de 0.5%, tandis que le nombre de greffes préemptives passait de 11 en 2020 à 19 en 2021 (au même niveau que 2019) et le nombre de porteurs de greffons fonctionnels augmentait de 1,1%. En 2021, 193 dialysés ont pu bénéficier d'une greffe rénale (contre 132 en 2020 et 199 en 2019) et 832 sont décédés (dont 12% en lien avec le Covid-19).

La prévention de la maladie rénale chronique est promue de longue date par l'Assurance Maladie à travers la rémunération sur objectifs de santé publique et l'accompagnement des médecins généralistes. Le dépistage de la maladie rénale chronique est ainsi encouragé notamment chez les patients diabétiques et les patients hypertendus. D'une manière générale, la prévention de la maladie rénale chronique et de son évolution vers le stade de suppléance repose sur plusieurs axes qui dépendent de la population ciblée et du but recherché, présenté [en annexe 4](#).

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, l'Assurance Maladie se penche sur les parcours de soins de patients atteints de maladies chroniques, dont la maladie rénale chronique (MRC). Le premier point de rupture du parcours MRC concerne le dépistage, avec le repérage des patients à risque¹ par un suivi annuel. Chez les sujets à risque, il est préconisé un dosage de créatininémie avec calcul du débit de filtration glomérulaire ainsi qu'un dosage du ratio albuminurie/créatininurie sur échantillon.

L'inscription sur la liste d'attente de greffe rénale est moins développée en moyenne en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en France : en 2019, 7% des patients étaient inscrits sur liste d'attente de greffe au démarrage de leur dialyse, 13,5% à 12 mois et 18,8% à 24 mois. Ces proportions étaient respectivement de 5,9%, 16,2% et 23,5% en moyenne en France pour les patients ayant initié une dialyse entre 2012 et 2019.

¹ Sont considérés comme à risque les patients présentant : diabète, hypertension artérielle, maladie athéromateuse, insuffisance cardiaque, obésité, maladie de système ou auto-immune, affection urologique, antécédents familiaux de maladie rénale, antécédent personnel de néphropathie aiguë, traitement néphrotoxique antérieur, exposition aux produits de contraste iodés ou à des toxiques professionnels.

Tableau 2 : évolution du pourcentage des patients inscrits en attente de greffe rénale parmi les patients dialysés au 31 décembre des années 2019, 2020 et 2021¹.

TERRITOIRE	2019	2020	2021	%MOYEN
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	17%	18%	18%	18%
ALPES-MARITIMES	26%	27%	29%	28%
BOUCHES-DU-RHONE	14%	16%	18%	16%
HAUTES-ALPES	32%	30%	29%	30%
VAR	14%	17%	19%	17%
VAUCLUSE	23%	26%	25%	25%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	18%	20%	21%	20%
FRANCE	24,7%	26,3%	27,2%	26,0%

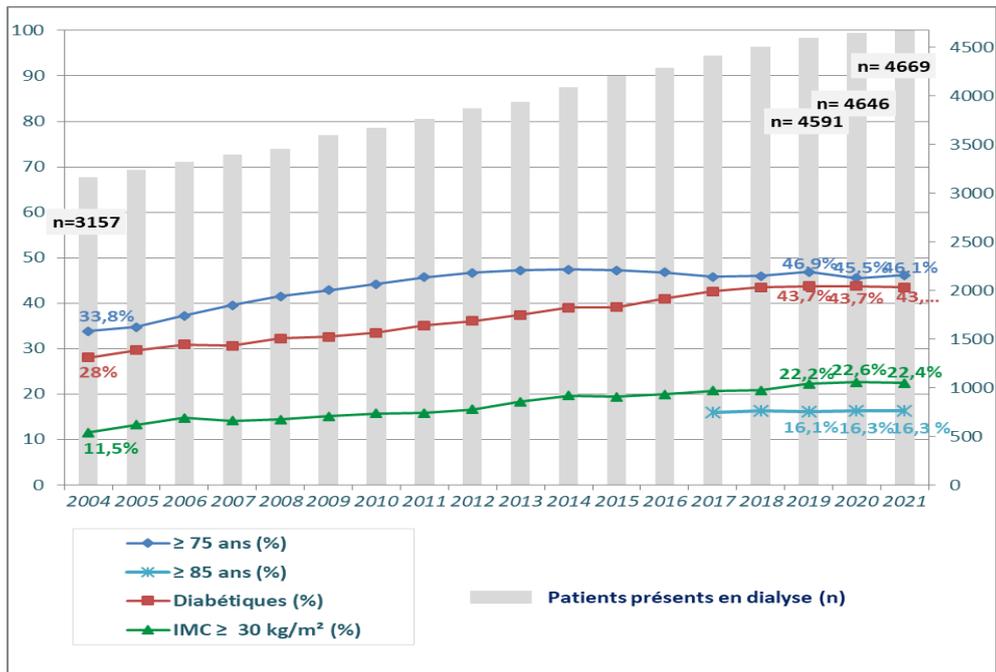
Concernant l'évolution de la prévalence des patients dialysés en Paca, la région dispose d'un recul de 20 ans depuis 2004, date de début du registre REIN en Paca. Le nombre de patients dialysés au 31 décembre de chaque année est passé de 3 157 fin 2004 à 4 591 fin 2019, 4 646 fin 2020 et 4 669 fin 2021 : cela représente une augmentation moyenne de 95 patients par an.

L'augmentation du nombre de patients n'a été que de 55 en 2020 et de 23 en 2021, en raison d'un nombre de décès important lié au Covid-19. Il est probable que l'augmentation moyenne du nombre de dialysés reprenne son cours pré-épidémique, ce qui aboutirait à une prévalence de 5 334 patients fin 2028, soit 665 dialysés supplémentaires à prendre en charge. Dans une hypothèse basse où l'augmentation du nombre de malades continuerait comme en 2020 et 2021 à n'être que de 45 par an, cela aboutirait à une prévalence de 4 984 patients fin 2028, soit une augmentation de 315 patients. Au total, il est attendu d'ici fin 2028 une augmentation du nombre de dialysés en Paca située entre 315 et 665 patients.

Les caractéristiques des patients dialysés en Provence-Alpes-Côte d'Azur évoluent vers un vieillissement et une comorbidité en augmentation constante : entre 2004 et 2021, le nombre des patients ayant plus de 75 ans a augmenté de 101,6 %, tandis que le nombre de patients diabétiques augmente en moyenne de 1,1 % par an depuis 2018. Ainsi, les patients dialysés en Provence-Alpes-Côte d'Azur ont un âge médian de 73,8 ans, sont à 63 % des hommes et présentent un diabète dans 43,5 % des cas, une pathologie coronarienne dans 31,2 % des cas et au moins un handicap dans 16,9 % des cas. On observe par ailleurs un nombre croissant de situations difficiles à gérer pour les équipes soignantes, par conflit ou absence de compliance aux soins, source d'inquiétude pour les soignants et les patients des unités de dialyse.

¹ Source registre R.E.I.N. PACA

Figure 1 : Evolution des caractéristiques cliniques des patients en dialyse au 31 décembre de chaque année entre 2004 et 2021¹.

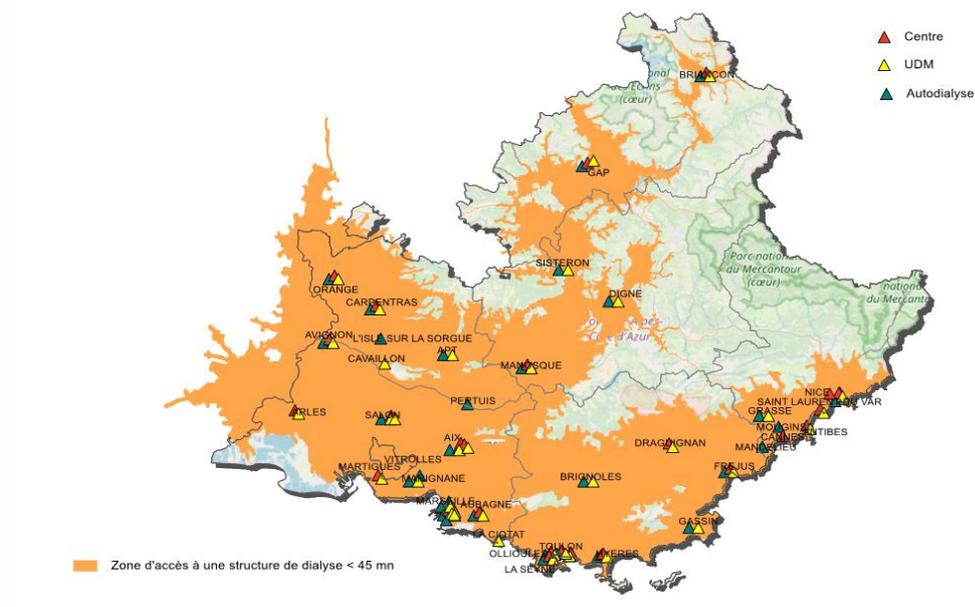


L'offre de dialyse en Provence-Alpes-Côte d'Azur est répartie de manière hétérogène et reflète la géographie et les densités de population très différentes qui peuvent être observées en région (carte des temps d'accès ci-dessous), ainsi que les spécificités d'une population en moyenne plus âgée que dans le reste de la France. Certains territoires présentent des difficultés d'accès aux structures de dialyse, en raison de caractéristiques géographiques, c'est notamment particulièrement le cas des départements des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute-Provence, ainsi que le nord des Alpes-Maritimes et du Var. S'agissant de territoires à faible densité de population, ces zones représentent peu de patients, pour lesquels toutefois les difficultés d'accès persistent. Globalement, l'implantation géographique des unités de dialyse est assez bonne en Paca avec plus de 95% des patients ayant un temps de transport inférieur à 45 minutes.

La proportion de patients dialysés dans une modalité hors-centre était de 38,3% en 2021 en région, leur nombre augmentant de 8,8% entre 2018 et 2021 (2,8% par an en moyenne). Cette proportion est toutefois inférieure aux 43,7% observés au niveau national.

¹ Source registre R.E.I.N. PACA

Figure 2 : Zones d'accès à une structure de dialyse à moins de 45 minutes en Paca en 2023¹



Le nombre de néphrologues dans les équipes directement concernées par la prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique est de 143,6 équivalents temps plein en 2023 dans la région.

D'ici 2027, 51 équivalents temps plein supplémentaires seront nécessaires pour remplacer les professionnels amenés à quitter leurs fonctions et absorber les augmentations d'activité prévues à date. Cette carence de professionnels représente une baisse à venir de 36 %.

Il existe également une inquiétude sur la ressource en infirmiers de dialyse. Plusieurs établissements évoquent une augmentation du turnover de ces infirmiers, avec parfois des difficultés à maintenir les capacités d'accueil des patients. Une difficulté particulière provient du temps nécessaire pour former les infirmiers à la technique de l'hémodialyse.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

- **Ressources humaines** : à la vue de la carence actuelle et du déficit à venir de médecins néphrologues, il faut assurer le maintien des ressources médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique en région. De même il s'avère nécessaire de suivre de façon précise les difficultés de recrutement des infirmiers de dialyse afin d'agir à temps sur les freins possibles aux prises en charge.
- **Prévention** : développer le dépistage et la prévention de la maladie rénale chronique à un stade précoce est un enjeu majeur pour éviter ou retarder l'apparition de la maladie mais également ralentir son évolution.
- **Transplantation** : promouvoir et augmenter le nombre de greffes rénales et notamment de greffes préemptives et par donneurs vivants est un axe prioritaire du plan ministériel 2022-2026. La Région doit travailler sur les disparités en termes d'inscriptions sur la liste d'attente de greffe rénale au stade de la dialyse et avant le stade de la dialyse.

¹Source registre R.E.I.N. PACA

- **Offre et accès aux soins** : il est important que la région puisse continuer à assurer la prise en charge de proximité de l'ensemble des populations nécessitant une suppléance, notamment en adaptant les modalités à la lourdeur des patients en insuffisance rénale chronique.
- **Transports sanitaires** : les séances de dialyse génèrent un important volume de transports sanitaires, et nécessitent une efficacité accrue – notamment en période de forte activité commerciale – qui rentre en compétition avec l'activité sanitaire générale comme cela est fréquent dans une région touristique. Dans le contexte de la dialyse particulièrement, il faut pouvoir assurer le contrôle des bonnes pratiques et la disponibilité des transporteurs.
- **Coordination des acteurs** : l'insuffisance rénale chronique suppose un parcours de soins long composé de multiples acteurs, provenant de secteurs de soins parfois distants. Promouvoir le travail en réseau est un enjeu majeur pour améliorer la prise en charge des patients.

LES OBJECTIFS

- Continuer à soutenir les demandes des établissements afin d'augmenter le nombre d'internes en néphrologie pour la région ainsi que les possibilités de formation post-internat tout en favorisant le renforcement des équipes fragiles par des postes d'assistants à temps partagés.
- Développer l'attractivité pour les néphrologues venant de l'union européenne ou hors union européenne (accompagnement vers les épreuves de vérification des connaissances et aux parcours de consolidation notamment).
- Accompagner la reconnaissance des compétences spécifiques des infirmières et infirmiers d'hémodialyse.
- Soutenir les efforts de recrutement de néphrologues dans le département des Hautes-Alpes, en grande difficulté sur son offre de dialyse.
- Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie au travail pour rendre attractive la profession.
- Mettre en place un travail de suivi des infirmiers de dialyse, pour prévenir les manques d'effectifs.
- Mieux cadrer et définir les besoins et le financement des infirmiers de pratique avancée (IPA) afin de soutenir leur déploiement, notamment pour l'organisation des parcours pré-greffes et les techniques de dialyse ambulatoire (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile).
- Développer la prévention via le dépistage et l'orientation des patients à risque depuis la médecine générale vers les consultations de néphrologie, mais aussi la cardiologie et la diabétologie, et via la réalisation de dépistages de masse.
- Renforcer la prévention primaire par la diffusion et le rappel des règles hygiéno-diététiques générales (alimentation, activité physique, éviction du tabac, etc.) dont l'application épargne non seulement le rein, mais évite aussi l'apparition de maladies à risque d'atteinte rénale (diabète, hypertension artérielle, etc.), notamment en sensibilisant le grand public via des campagnes telles que la Semaine du Rein.
- Développer le dépistage, notamment en s'appuyant sur la recherche de protéinurie par bandelette urinaire dans le cadre de la médecine du travail et des bilans de prévention aux âges-clés de la vie afin d'orienter les patients à risque vers des consultations de néphrologie
- La prévention de la maladie rénale chronique est promue de longue date par l'Assurance Maladie à travers la rémunération sur objectifs de santé publique et l'accompagnement des médecins généralistes, afin notamment d'encourager le dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients diabétiques et les patients hypertendus.
- Relayer les outils de diagnostic territorial mis en place par l'Assurance Maladie afin de sensibiliser les professionnels de santé à la question de la maladie rénale chronique, notamment ceux des structures d'exercice coordonné.

- Améliorer les taux d'inscription sur liste d'attente en passant par un travail de diagnostic des freins par équipe et en promouvant les bonnes pratiques des équipes ayant de bons résultats quand cela est possible.
- Assurer un accompagnement technique des établissements concernant les transports sanitaires dit « article 80 » (lien avec l'ARS, échange de cahier des charges entre GHT, rencontre avec les fédérations de transporteurs), pour accompagner au mieux les établissements afin qu'ils disposent de transports sanitaires adaptés aux besoins.
- Développer des modalités et outils favorisant le travail pluridisciplinaire en réseau, comme les réunions de concertations pluridisciplinaires traitant de la maladie rénale chronique. Un tel réseau pourrait aussi permettre d'initier et supporter des actions de prévention et dépistage.
- Améliorer l'organisation de la transition des enfants vers les prises en charge pour adultes.
- Développer l'offre à domicile et hors-centre dans les zones non couvertes et adapter l'offre de dialyse à la lourdeur et au vieillissement de la population en développant l'offre de dialyse médicalisée de proximité, notamment pour les patients actuellement en autodialyse.
- Proposer une offre adaptée sur le Haut-Var et dans les zones difficiles d'accès des territoires alpins.
- S'appuyer sur les recommandations de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation pour la mise en œuvre des soins conservateurs.
- Assurer une gestion coordonnée des patients difficiles et non compliant, notamment via des réunions dédiées sous l'égide de l'ARS.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.17.1

L'assistance médicale à la procréation

Activité soumise à autorisation

L'activité d'assistance médicale à la procréation concerne les populations suivantes :

- 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 ;
- les personnes ayant un désir de conservation de leurs gamètes à des fins de procréation ultérieure ;
- les femmes célibataires ou les couples de femmes ayant un projet parental.

La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a été révisée en 2021. Elle élargit l'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) aux couples de femmes et aux femmes célibataires et supprime le critère médical d'infertilité. L'AMP était jusqu'à présent réservée aux couples hétérosexuels sur indication médicale. Le remboursement de l'AMP par l'Assurance Maladie est ouvert à ces femmes. Les deux membres du couple ou la femme célibataire souhaitant réaliser une AMP en France devront donner leur consentement devant un notaire, préalablement à l'insémination artificielle ou au transfert des embryons.

De même, une évolution sur l'autoconservation des gamètes pour tous a été prévue dans cette loi bioéthique. En effet, afin qu'ils puissent plus tard recourir à une AMP, les femmes et les hommes pourront faire congeler leurs gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes) sans motif médical. Jusqu'à présent, une femme ne pouvait avoir recours à la congélation de ses propres ovocytes, sauf nécessité médicale. Le décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 précise les conditions d'âge pour l'autoconservation « de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation » :

- le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme entre son 29^{ème} et son 37^{ème} anniversaire ;
- le recueil de spermatozoïdes peut être réalisé de son 29^{ème} à son 45^{ème} anniversaire.

Les actes liés au recueil ou au prélèvement des gamètes seront remboursés mais pas le coût de la conservation. Enfin, le recueil du consentement du conjoint du donneur de gamètes est supprimé depuis cette loi.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

- Ces évolutions seront intégrées dans les objectifs de développement et de prise en charge de l'assistance 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.

- De plus, il est nécessaire d'accompagner la mise en place de la loi bioéthique.
- Répondre à ces enjeux nécessite avant tout de rendre visible le parcours des couples et de créer de nouvelles implantations de préservation de la fertilité médicale et sociétale.
- Enfin, il est nécessaire d'améliorer les parcours de soins pour la préservation médicale.

LES OBJECTIFS

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.
- Rendre lisible le parcours des couples présentant une infertilité en région Paca en planifiant la mise en ligne sur le site internet de l'ARS des structures autorisées.

2. Développer la préservation de la fertilité

- Développer la préservation de la fertilité médicale (cancer et 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).
- Créer de nouvelles implantations pour favoriser l'accès à la préservation de la fertilité dans des territoires encore non couverts.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.17.2

Le diagnostic prénatal

Activité soumise à autorisation

L'activité de diagnostic prénatal permet de rechercher lors d'une grossesse une anomalie embryonnaire ou fœtale. Lorsque le diagnostic prénatal non invasif révèle une maladie à forte probabilité d'être d'une particulière gravité, une interruption de grossesse pour motif médical peut être envisagée. Dans ce contexte, la consultation de génétique permet d'apporter une information pertinente et complète et ainsi accompagner les femmes durant ce processus de diagnostic prénatal. Ce diagnostic inclut 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 au nombre de 5 :

- examens de cytogénétique, y compris de cytogénétique moléculaire;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel : diagnostic prénatal non invasif;
- examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique, dont les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels.

Le diagnostic prénatal non invasif est devenu un outil-clé de la "médecine prénatale". Par une simple prise de sang dès la 11^{ème} semaine d'aménorrhée, il permet à partir de l'ADN libre fœtal circulant dans le sang de la mère, de dépister avec une grande fiabilité certaines anomalies chromosomiques particulièrement graves du fœtus, au premier rang desquelles la trisomie 21 mais encore les trisomies 13 et 18, très graves puisque létales dans la période périnatale.

Alors que l'identification de ces anomalies mobilisait jusqu'ici essentiellement l'analyse des marqueurs sériques et l'échographie, avec des risques d'erreurs, l'introduction de ce test supplémentaire qu'est le diagnostic prénatal non invasif a permis d'améliorer l'identification de cette trisomie avec une fiabilité de 99,7 %. Ce faisant, il limite les amniocentèses, actes lourds et potentiellement dangereux. Par ailleurs, en fournissant à la femme enceinte des informations très tôt dans sa grossesse, il la dote d'un temps de réflexion précieux pour décider de poursuivre ou d'interrompre cette dernière.

En région Paca, il existe trois centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal qui sont implantés au sein de l'AP-HM site Nord et site Timone Enfant, et au sein du CHU Nice.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal, apportent leurs expertises 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.

Les examens de biologies sont réalisés par 6 laboratoires portant 12 autorisations.

VILLE	STRUCTURE	EXAMENS DE CYTOGENETIQUE	GENETIQUE MOLECULAIRE	MALADIES INFECTIEUSES	MSM	ADNI
NICE	CHU Nice	x	x	x		
	LBM Barla				x	
MARSEILLE	AP-HM	x	x	x	x	x
	Saint-Joseph				x	
	IPC		x			
AVIGNON	LBM Bioaxiome				x	

L'ENJEU STRATEGIQUE

Développer la nouvelle stratégie de dépistage d'anomalies foétales sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel.

LES OBJECTIFS

1. Améliorer l'accès au diagnostic prénatal sur toute la région et pour tous les couples

- Envisager de nouvelles implantations afin d'assurer les consultations pré et post diagnostic prénatal par un praticien expérimenté dans ce domaine.
- Encadrer la prescription de diagnostic prénatal par une information adaptée des professionnels de première ligne.

2. Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant le rôle des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

- Rôle central dans la formation et l'information des échographistes (publics et privés) afin d'améliorer la qualité et la pertinence des échographies.
- L'expertise pluridisciplinaire doit être consolidée par le rôle pivot des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et le soutien aux technologies de biologie moléculaires, les stratégies diagnostics moléculaires devant s'inscrire dans les « Bonnes pratiques » selon les recommandations des sociétés savantes et le processus d'accréditation du Cofrac.
- Associer un foetopathologiste à chaque centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Même si l'organisation de la prise en charge des morts in utero a été améliorée, l'accès aux examens de foetopathologie devrait être possible devant toute mort foétale *in utero*.

Les résultats attendus dans 5 ans :

- améliorer l'accès au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal afin de diminuer le nombre de naissance d'enfants porteurs de malformation ou de handicaps sévères non diagnostiqués en amont ;
- réduire le taux de récurrence des pathologies pour les grossesses suivantes et être plus performant dans le diagnostic ;
- soutenir la durée de rendu de résultats et de diagnostic.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.18

Le traitement du cancer

Activité soumise à autorisation

Environ 31 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année en région Paca (9 % des cancers en France) dont 48% chez les femmes¹. Les cancers les plus représentés sont le cancer du sein, colorectal, du poumon chez la femme, le cancer de la prostate, du poumon et colorectal chez l'homme. L'incidence de certains cancers est plus élevée en région Paca qu'au niveau national : les cancers de la vessie (+14 % chez l'homme), du pancréas et du col de l'utérus². L'incidence du cancer est plus élevée chez les femmes (+ 4 % tous cancers confondus). Avec 12 500 décès par an, le cancer est responsable de 27 % des décès. Il est la première cause de mortalité en Paca. On note en particulier une surmortalité par cancers de la vessie (+9 %), et du poumon chez les femmes (+4%). Ces résultats nous incitent à renforcer nos actions vers ces cancers.

A l'échelle nationale, on note :

- une baisse du taux d'incidence des cancers chez les hommes (- 1,4 % par an entre 2010 et 2018), liée en partie à une diminution du nombre de cancers de la prostate ;
- un ralentissement de la progression de ce taux chez les femmes (+ 0,7 % par an), lié à l'augmentation de l'incidence du cancer du poumon et dans une moindre mesure à celle du cancer du sein.

- **En termes de sites autorisés**

Les 76 établissements autorisés au traitement du cancer permettent de mailler les territoires de la région. Le traitement du cancer comprend 3 modalités de prise en charge soumises à autorisation et pour certaines au respect de seuils : la chirurgie, les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) et la radiothérapie.

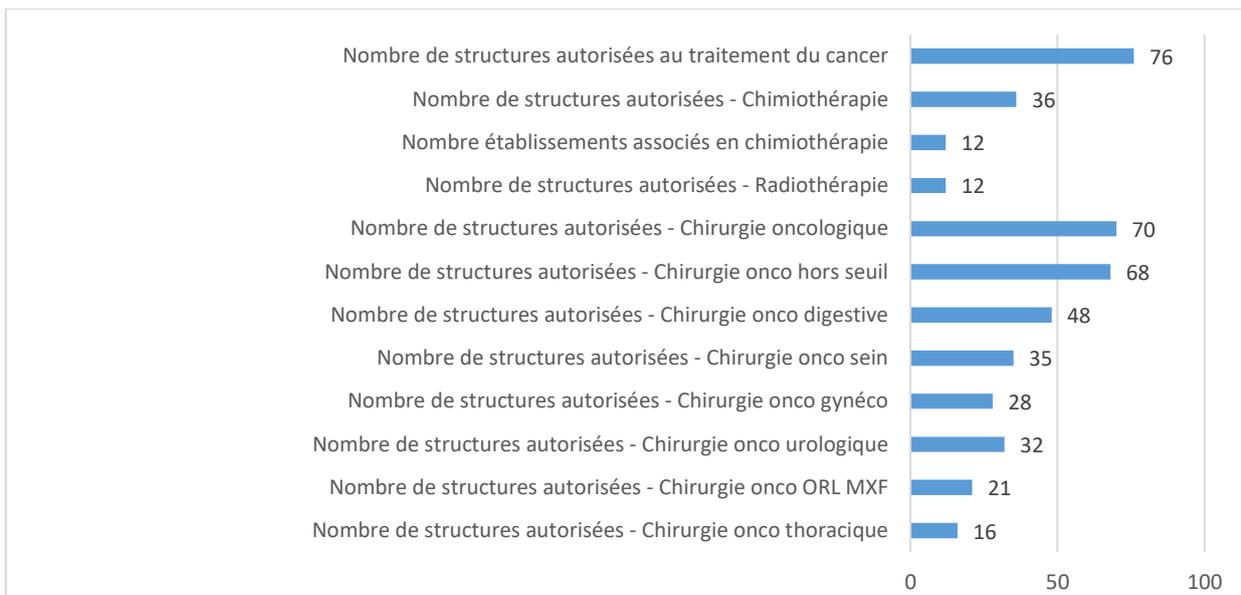
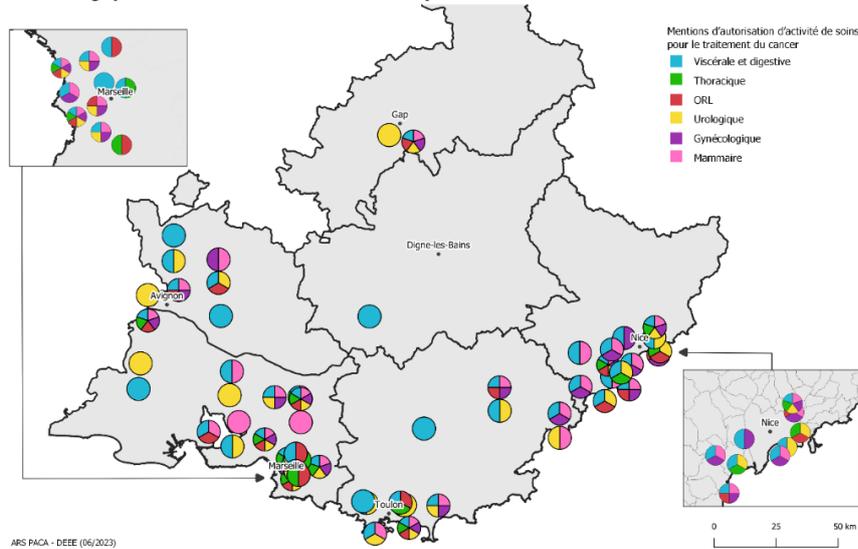
Les TMSC regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration.

Les chirurgies soumises à seuils sont les chirurgies oncologiques viscérale et digestive, thoracique, ORL et maxillo-faciale, urologique, gynécologique et mammaire.

¹ Données INCa

² Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 en PACA – Francim-Santé publique France-INCa

Localisation des établissements autorisés à la chirurgie carcinologique soumise à seuil en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Panorama des autorisations du traitement du cancer en Paca.

○ **En termes d'activité**

Chirurgie oncologique soumise à seuil	19 515 patients par an*
Chirurgie du cancer (toutes chirurgies)	39 866 patients par an**
Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) en établissements autorisés (HDJ, HC)	26 821 patients par an**
Chimiothérapie orale	19 687 patients par an**
Radiothérapie	19 269 patients par an***

* Données ARS Paca - moyenne années 2019, 2021 et 2022

** Données scan santé et ARS Paca - moyenne années 2019 et 2021

*** Données observatoires radiothérapie - moyenne années 2019 et 2021

L'évolution de la chirurgie du cancer sur les dernières années met en évidence une relative stabilisation du nombre de patients opérés (+ 0,2% par an sur la période 2017-2021).

Le taux de patients standardisé, opérés d'un cancer (nombre de patients/1000 habitants par classe d'âge et sexe) est supérieur au taux national en 2021 (7,05 en Paca versus 6,21 en France ; ratio Paca/France =1,14). Ainsi le recours en région Paca est le plus élevé du territoire national mis à part la Corse. Ce recours est plus marqué dans les Alpes-Maritimes (ratio département/France à 1,25), et dans le Var (ratio à 1,23)¹.

L'évolution de l'activité de chimiothérapie des 4 dernières années met en évidence une augmentation annuelle moyenne de 2,8 %, cet accroissement appliqué sur les années à venir aboutirait à une augmentation de l'activité de 17,8 % entre 2022 et 2028.

Le taux de patients standardisé ayant recours à la chimiothérapie est proche du niveau national (5 en Paca, 4,88 en France, ratio à 1,03).

Concernant la radiothérapie, le nombre de patients traités a augmenté de 23 % en 10 ans (période 2011-2021) alors que le nombre de séances de radiothérapie n'a augmenté que de 6%. Cela traduit l'évolution de la radiothérapie vers la pratique de l'hypofractionnement, conduisant à des traitements plus courts délivrant des doses plus élevées à chaque séance dans certains traitements.

Concernant les ressources humaines, si la densité des oncologues en région est comparable à la moyenne nationale (2,18 médecins pour 100 000 habitants / 2,01 en France), la densité en hématologues (1,22/100 000 habitants) est inférieure à la moyenne nationale (1,34), de même que la densité en radiothérapeutes (1,49 versus 1,53/100 000 habitants au niveau national).

Toutefois, on note des difficultés d'attractivité en oncologie dans des établissements publics éloignés de la côte.

Ces constats nous incitent à développer les coopérations entre les établissements.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

Améliorer la prise en charge globale des patients atteints de cancer en s'appuyant sur :

- **la poursuite de la feuille de route de la stratégie décennale du cancer² déclinée en 4 axes :**
 - Améliorer la prévention, primaire comme secondaire.
 - Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes.
 - Lutter contre les cancers de mauvais pronostic.
 - S'assurer que les progrès bénéficient à tous

Parmi les 39 actions, 97 % ont démarré depuis 2022. En 2025, sera déployée une nouvelle feuille de route pour les 5 années suivantes.

- **l'application de la réforme des autorisations de cancérologie³ :**

Les nouveaux textes réglementaires font évoluer les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer avec :

¹ Données Scan-santé-ATIH 2021

² En savoir plus sur la feuille de route de la stratégie décennale du cancer

³ Décret no 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer

Décret no 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer

Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer

- le renforcement des dispositions transversales qualité en cancérologie ;
- une gradation de l'offre en chirurgie oncologique et dans le traitement du cancer par TMSC.

Au total, les enjeux seront donc :

- de maintenir une réponse régionale adaptée dans un contexte de démographie médicale décroissante et de perte d'attractivité de certains établissements ;
- de répondre à une exigence de qualité, de prise en charge experte pour certaines chirurgies complexes soumises à seuil et à une exigence de proximité pour l'accès aux TMSC et à la radiothérapie.

LES OBJECTIFS

Les travaux ont conduit d'une part à la priorisation d'objectifs de la feuille de route de la stratégie décennale et d'autre part à l'identification de nouveaux objectifs

1. Objectifs priorités de la feuille de route de la stratégie décennale cancer

- o *Prendre en compte l'expérience-patient*
 - Mise en place lisible et en proximité de focus groupes¹ dans chaque parcours avec développement des « patients related outcomes measures » (PROMS)² et des « patients reported experience measures » (PREMS).
 - Poursuite de l'accompagnement de cette action par le groupe expérience patient de la stratégie décennale cancer (piloté par la structure régionale d'appui à la qualité PASQUAL et le Dispositif spécifique régional –DSRC- OncoPaca Corse), en collaboration avec les établissements autorisés au traitement du cancer et les centres de coordination en cancérologie (3C).
 - Favoriser les patients-partenaires et les patients-experts pour être des relais des patients dans leur prise en charge.
- o *Poursuivre les travaux de mise en place des filières pour les cancers de mauvais pronostic.*
 - Identifier les filières « remarquables » dans les cancers du poumon, de l'ovaire, du pancréas, les mélanomes, les leucémies aigües ainsi que le cancer de la vessie.
 - Rédaction de chartes de bonnes pratiques, avec respect de délais cibles de prise en charge, information, formation, repérage précoce, regroupement des RCP de recours à l'échelle départementale, inter-départementale ou régionale (ex RCP de recours pour la chirurgie gynécologique complexe (B5), RCP moléculaire en hématologie).
 - Les unités de soins intensifs en hématologie seront recentrées majoritairement sur les centres experts dans la prise en charge des leucémies aigües de l'adulte dans le cadre de la filière des leucémies aigües mise en place depuis 2018.

¹ Focus groupes : Méthode de recherche qualitative dans laquelle un groupe de personnes est réuni pour discuter d'un sujet prédéterminé.

² PROMS : Patients Related Outcomes measures : outils mesurant les soins rapportés par le patient.

- Développer la chimiothérapie en hospitalisation à domicile

La région Paca a un taux de recours pour le mode de prise en charge principal chimiothérapie (MPP5) près de 5 fois inférieur à la moyenne nationale en HAD (taux de journées standardisé/1 000 habitants: Paca : 0.61 / France : 2,87)¹

L'objectif est de se rapprocher du taux de recours national avec l'appui de l'OMédit Paca Corse et du DSRC OncoPaca Corse : appui des HAD non intégrées aux établissements, pour devenir établissements « associés » aux établissements autorisés au TMSC, harmonisation des pratiques (rédaction d'une convention type, de fiches pharmaceutiques).

- Favoriser l'accès à l'innovation et aux essais cliniques
 - Structurer des filières d'adressage dans des pathologies définies au bénéfice du patient pour limiter les pertes de temps dans la prise en charge, avec l'appui du groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation Méditerranée (GIRCI) et du DSRC OncoPaca Corse, poursuivre la diffusion des informations concernant les essais ouverts.
 - Promouvoir la constitution d'entrepôts de données à des fins de recherche en développant et structurant nos capacités de collecte, de mise en qualité et de partage de données de santé, basées sur des sources de données pertinentes.

2. Objectifs complémentaires au regard des spécificités régionales

- Promouvoir la décision partagée dans le cancer du sein et la reconstruction mammaire

Dans le cadre d'une mastectomie pour cancer du sein, il peut être proposé plusieurs options : l'absence de reconstruction mammaire (RM), la reconstruction mammaire immédiate (RMI), qui consiste à retirer le sein et le reconstruire dans le même temps opératoire, et la reconstruction différée, c'est-à-dire à distance de la mastectomie, sans qu'il y ait de limitation dans le temps.

Le taux de reconstruction mammaire immédiate (RMI) reste relativement stable en France entre 2011 et 2016 (14 %, données INCa), alors qu'il est élevé et continue d'augmenter en région Paca (16,6 % en 2013 et 27,9 % en 2022²).

Un rapport récent de la HAS a mis en évidence de nombreuses inégalités d'accès à la RM, sur le plan territorial mais aussi en fonction des techniques proposées, notamment pour la microchirurgie. Il a également objectivé un manque d'information, selon la perception des patientes, sur la RM³. En région Paca, des reconstructions sont pratiquées dans 62 établissements de santé mais seuls deux d'entre eux proposent la microchirurgie.

Pour pallier ce défaut d'information, une plateforme construite par la HAS et l'INCa permet de compléter l'information médicale, et de proposer des documents d'aide à la décision, tout en utilisant une infographie et un vocabulaire intelligibles, choisis par un panel de soignants et de patients⁴.

Cette plateforme donne aussi accès à une carte interactive des possibilités de RM par établissement de santé et des techniques proposées⁵.

¹ Données scansanté- ATIH 2022

² Données service études et statistiques de l'ARS PACA

³ https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/synthese_informer_les_femmes_sur_la_rm.pdf.

⁴ Haute Autorité de Santé - Professionnels : décision partagée sur la reconstruction mammaire (has-sante.fr).

⁵ Haute Autorité de Santé - Où faire votre reconstruction mammaire ? (has-sante.fr).

La consultation dédiée à la RMI est un temps délicat car la charge émotionnelle ne permet pas aux patientes de retenir toutes les informations à délivrer¹.

Les outils d'aide à la décision partagée sont connus pour améliorer la satisfaction de l'information prodiguée, et réduisent le conflit décisionnel². Leur utilisation facilite l'accès aux soins, notamment chez les patientes les plus vulnérables³. La démarche de décision partagée s'applique parfaitement à la RM, dont l'objectif est la qualité de vie, la satisfaction, et la limitation des complications post-opératoires.

Les objectifs :

- Améliorer la qualité de l'information délivrée lors de la consultation dédiée à la RM (c'est un droit pour les patientes, et un devoir du médecin) en développant l'utilisation d'outils d'aide à la décision et les intégrant au parcours de soin, en diffusant et en utilisant la plateforme HAS, en mesurant les taux de complications, de satisfaction et de qualité de vie des patientes.
- Lutter contre les inégalités :
 - territoriales, en utilisant la cartographie interactive HAS ;
 - d'accès aux techniques en fluidifiant l'accès aux établissements proposant la micro-chirurgie.
- o *Mettre en place le dépistage du cancer du poumon, repérage et prise en charge des tabacopathies*

Accompagner, communiquer, former les professionnels sur la mise en place du dépistage du cancer du poumon selon les recommandations de la HAS et de l'INCa (à venir)⁴. Ce dépistage conduit à la découverte de nodules dans 30% des cas, pris en charge dans le cadre de filières dédiées selon les algorithmes décisionnels⁵.

Mettre en place des parcours de soins transversaux (plateformes de coordination hospitalière avec des équipes mobiles de prévention et de dépistage) dédiés au spectre des maladies liées au tabac ou « tabacopathies » chez les patients à partir de 45 ans. Ces plateformes auront pour objectif de repérer et orienter la prise en charge des comorbidités liées au tabac (BPCO, maladies athéromateuses, prévention des maladies infectieuses) et de s'assurer de la mise en œuvre de la prévention et des dépistages recommandés pour ces patients, mais également d'accompagner leur sevrage tabagique.

Une ou deux expérimentations devraient démarrer en région pour des patients atteints de cancer du poumon de stade précoce. Ils auront vocation à diffuser aux autres services hospitaliers. Cela nécessitera du temps d'infirmière coordinatrice, éventuellement d'IPA, et une gouvernance médicale avec des consultations dédiées.

Ces parcours de soins transversaux auront également vocation à faire partie des projets pilotes de dépistage des cancers du poumon qui seront initiés par l'INCa.

¹ Jensen J. JCO, 2008.

² Parakeva N. Évaluation de l'efficacité des interventions visant à soutenir la prise de décision des patientes concernant la reconstruction mammaire : une revue systématique- Breast 2018 ;40:97-105.

³ Yen RW. A Systematic Review and Meta-Analysis of Patient Decision Aids for Socially Disadvantaged Populations: Update from the International Patient Decision Aid Standards (IDPAS Med Decis Making. 2021;41(7) 870-896.

⁴ Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote ([has-sante.fr](https://has.sante.fr)).

⁵ Couraud, S. et al. Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, Société de pneumologie de langue française, and Société d'imagerie thoracique statement paper on lung cancer screening. Diagnostic and Interventional Imaging, 2021 102(4), 199-211 - Oudkerk, M., et al. European position statement on lung cancer screening. The Lancet Oncology ; 2017. 18(12), e754-e766.

3. Accompagner la mise en place de la réforme des autorisations au service de la qualité de la prise en charge des patients

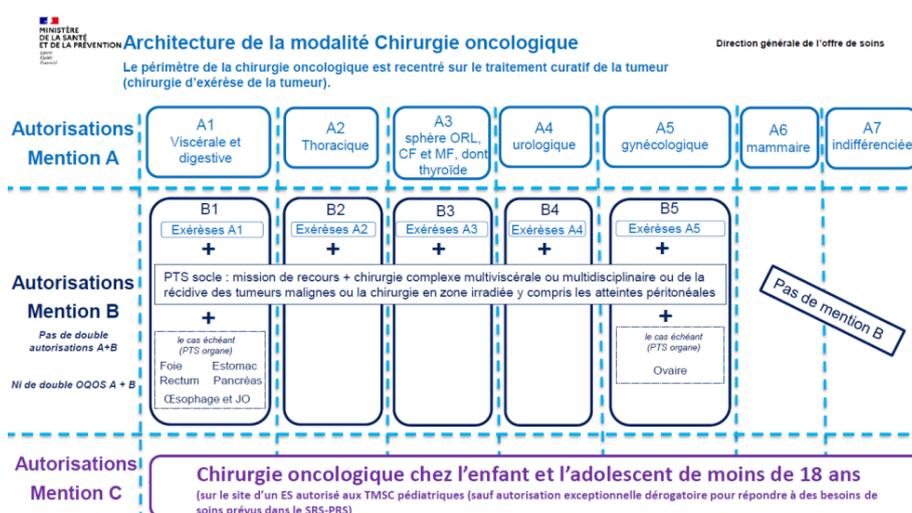
Pour mettre en place cette réforme, l'ARS Paca s'appuiera sur le DSRC Onco Paca Corse et les 3C dont un nouveau référentiel de prise en charge est attendu en 2023.

Les nouveaux textes réglementaires font évoluer les conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer avec :

- **le renforcement des dispositions transversales qualité en cancérologie**, en particulier le dispositif d'annonce, l'évaluation (et sa traçabilité) des besoins en soins de support, la continuité des soins, l'information sur la préservation de la fertilité, l'accès tracé dans le dossier du patient aux examens génétiques et moléculaires des tumeurs, l'obligation de partage sécurisé et dématérialisé des documents (PPS, anatomopathologie et biologie moléculaire, PPAC), ainsi que la gradation des RCP. Les nouvelles modalités de l'autoévaluation des structures seront précisées dans un référentiel de l'INCa à venir.
- L'obligation pour les équipes chirurgicales de **renseigner les registres professionnels d'observation des pratiques** dès lors que ces registres sont mis en place¹.
- **Une gradation de l'offre en chirurgie oncologique et dans le traitement du cancer par TMSC**, avec de nouveaux seuils minimaux d'activité ainsi que la régulation de l'offre de traitement du cancer pédiatrique par l'ARS.

La mention A correspond à la chirurgie classique et la plus répandue du cancer dans les spécialités suivantes : chirurgie oncologique digestive et viscérale, thoracique, ORL et maxillo-faciale, urologique, gynécologique, mammaire et la chirurgie dite « indifférenciée ».

La mention B permet, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, de proposer une mission de recours avec la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire, la chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes et la chirurgie oncologique en zone irradiée, pour l'une ou plusieurs des cinq chirurgies soumises à seuil suivantes : oncologiques digestive et viscérale, thoracique, ORL et maxillo-faciale, urologique, et gynécologique.



¹ Art. D. 6124-276

Seuls les titulaires avec mention B assureront également, sur demande, les pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) pour lesquelles ils seront autorisés. Les PTS sont instaurées pour la mention B1, chirurgie oncologique complexe digestive (PTS = mission socle + le cas échéant foie et/ou estomac et/ou pancréas et/ou œsophage et jonction-œsophagienne et/ou rectum), et pour la mention B5, chirurgie oncologique complexe gynécologique (PTS = mission socle + le cas échéant ovaire).

Cet enjeu de gradation répond à une exigence de qualité, de prise en charge experte pour certaines chirurgies complexes soumises à seuil et à une exigence de proximité pour l'accès à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Malgré l'orientation des patients sur des équipes expertes, parfois éloignées de leur domicile, le lien avec l'équipe de proximité du patient devra être maintenu, de même que la nécessité pour les équipes expertes d'assurer la continuité des soins de ces patients en cas de complications, le jour, la nuit, et le week-end.

- *Accompagner la restructuration des centres de coordination en cancérologie- 3C*

Les 3C sont hétérogènes dans leur organisation, leur périmètre et en termes de ressources humaines.

Objectifs :

- mettre en application les exigences du futur référentiel de l'INCa ;
- favoriser l'information et la promotion des 3C ;
- revaloriser la mise en place de comités stratégiques des 3C ;
- renforcer leurs liens avec les équipes soignantes, les représentants d'usagers, les patients experts, les directions d'établissement et les GHT ;
- favoriser le développement de l'expérience patient par les 3C ;
- devant la raréfaction du temps médical, travailler avec des médecins qui seraient référents « thématiques » au sein des 3 C pour leurs différentes missions (réfèrent RCP, réfèrent Soins oncologiques de support (SOS), réfèrent dispositif d'annonce...).

- *Promouvoir le déploiement des établissements dits « associés » aux titulaires de la modalité TMSC*

L'objectif est de favoriser des établissements en proximité à l'échelle départementale et territoriale qui pourraient permettre aux patients de bénéficier des TMSC dans le respect de la réglementation¹, et du cahier des charges attendu en 2023.

Ces établissements dits « associés » le seront avec des établissements experts et/ou supports de GHT, dans le cadre de la mise en place de consultations avancées et d'une organisation de la continuité des soins.

- *Accompagner la future organisation inter-régionale en cancérologie pédiatrique (OIR)*

Dans le cadre du redécoupage des régions, passage de 7 à 5 OIR dans le cadre d'une nouvelle configuration géographique nationale, l'INCa va mettre en œuvre une labellisation des OIR sur la base d'un référentiel publié en juin 2023. La nouvelle configuration prévue est une collaboration entre les équipes de cancérologie pédiatrique de Paca et d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Objectif : aider la mise en place de cette nouvelle organisation entre les 2 régions par un appui organisationnel.

¹ Articles R.6123-90-2 et D.6124-131-9/section II

- *Mettre en place le parcours numérique en cancérologie*

Poursuivre l'accompagnement de la mise en place du parcours numérique en cancérologie pour répondre aux exigences de partage et d'échange des données entre les professionnels de santé à l'hôpital, en ville et dans le médico-social, facilitant la coordination de la prise en charge et incluant les soins de support¹.

- *Organiser l'offre de soins régionale en cancérologie en lien avec la réforme des autorisations du traitement du cancer*

Les données de la littérature scientifique ont mis en évidence un lien significatif entre volume d'activité et diminution de la mortalité post opératoire. Ainsi les patients opérés dans des centres à forte activité ont des survies significativement supérieures.

Les nouvelles exigences des « dispositions transversales qualité en cancérologie » plaident pour le regroupement de plusieurs modalités de traitement du cancer, dans un contexte de tensions en ressources humaines. Le regroupement de professionnels sur un même établissement permet :

- plus d'agilité autour du patient et entre professionnels pour répondre aux situations d'urgence et pour sécuriser la continuité et la permanence des soins ;
- d'unifier sur un même site géographique la prise en charge du patient dans ses différentes dimensions et dans une logique pluridisciplinaire et simplificatrice pour le patient.

L'évaluation des besoins sur la prise en charge du cancer met en évidence des besoins stables en chirurgie du cancer. Cependant l'offre est hétérogène et éparpillée sur la région avec des établissements « experts » concentrant toutes ou la plupart des modalités de traitement du cancer ; alors qu'à l'inverse, certains établissements ne disposent que d'une ou deux autorisations de chirurgie du cancer soumise(s) à seuil, avec pour certains, une activité qui ne répond pas aux nouvelles exigences de seuils.

Ces constats incitent à concentrer l'offre pour répondre aux exigences de qualité, tout en répondant aux besoins de la population.

Cette restructuration visant à assurer un niveau de qualité optimale de prise en charge sécurisée au patient aboutira à la suppression de certains sites. Ces suppressions d'implantations n'entraîneront pas de carence de réponse au besoin de santé car le faible volume d'actes concernés sera absorbé par l'offre en présence à travers la gradation définie dans chaque zone du SRS.

Il est proposé un nombre limité de mentions B par zone du SRS. Ce nombre limité d'implantations a été fixé au regard de l'étude d'impact des seuils, associée à l'évaluation du nombre de patients concernés par la chirurgie complexe sur les 5 prochaines années, dans une logique de pertinence et de qualité des soins. Le nombre a été fixé, tout en veillant à permettre au nombre de sites concernés, d'absorber la patientèle actuelle et à venir et de répondre au besoin de santé dans une logique de gradation des soins.

Conformément à l'instruction relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer², l'ARS tiendra compte des capacités des établissements à répondre aux

¹ Art. D. 6124-131-8 du code de la santé publique

² INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer

exigences des textes de la réforme notamment, et au-delà des enjeux du respect des seuils, aux autres conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement :

- déterminants transversaux de la qualité en cancérologie ;
- capacité à mettre en place une RCP de recours (seul ou conjointement avec d'autres titulaires de mention B) ;
- capacité à disposer des plateaux techniques exigés, y compris en unités de surveillance continue ou en soins critiques ;
- capacité à garantir une prise en charge chirurgicale pluridisciplinaire en pré, per et post opératoire.

▪ *Chirurgie oncologique thoracique (dont la mention B2)*

Dans le cas particulier de la chirurgie thoracique, le volume annuel d'exérèses pulmonaires dans un établissement constitue un des indicateurs influençant la mortalité post-opératoire¹. La France fait partie des pays européens avec un taux de mortalité postopératoire les plus élevés. On note également des disparités régionales dans la sécurité des soins évaluée par la mortalité post-opératoire à J30, à 2,91 % en France².

Ce constat est à relier à une dispersion de l'offre nationale en chirurgie oncologique thoracique, constat encore plus marqué en région Paca. Avec une offre actuelle de 1 centre pour 318 000 habitants en Paca, de 1 centre pour 688 000 habitants en Ile-de-France et de 1 centre pour 422 000 habitants en Auvergne-Rhône Alpes, la densité de centres autorisés à la chirurgie oncologique thoracique en Paca est plus élevée que la moyenne nationale qui est de 1 centre pour 498 000 habitants³.

Par ailleurs, on ne note pas de différence d'incidence pour le cancer du poumon en région Paca sauf à l'échelle infra-régionale, chez la femme, où les Hautes-Alpes présentent une sous-incidence de 20 %, tandis que les Alpes-Maritimes et le Var présentent des sur-incidences respectives de 24 et 15 % par rapport à la moyenne de la France métropolitaine.

En parallèle, le recours en région Paca est supérieur au taux national dans les chirurgies majeures du thorax⁴ (nombre de patients/1000 habitants par classe d'âge et sexe : 0,67 en Paca versus 0,52 en France ; ratio Paca/ France=1,29).

Ces différentes constatations incitent à concentrer l'offre en chirurgie oncologique thoracique pour la faire tendre vers la moyenne nationale.

La proposition du nombre d'implantations de centres B2 a pour objet de structurer les parcours de soins et de garantir l'équité d'accès à un centre expert pour les soins complexes. Cette limitation est en adéquation avec l'objectif de rationaliser le nombre de centres de chirurgie thoracique afin d'améliorer les taux de mortalité post-opératoire.

Il est nécessaire de structurer les parcours de soins et de garantir l'équité d'accès à un centre expert pour les soins complexes par une rationalisation du nombre de centres de chirurgie thoracique. L'objectif est de concentrer l'accès aux soins complexes sur des équipes de référence, expertes et suffisamment étoffées en nombre, pour assurer une continuité organisée et sécurisée.

¹ Kozower BD, Stukenborg GJ. The relationship between hospital lung cancer resection volume and patient mortality risk. *Ann Surg* 2011;254:1032—7.

² Bernard et al. there variation between hospitals within each region in postoperative mortality for lung cancer surgery in France? A nationwide study from 2013 to 2020. *Frontiers in medicine*- 2023 10.3389/fmed.2023.1110977

³ Un centre pour 498 000 habitants.

⁴ données ATIH Scan santé 2021

▪ *Chirurgie oncologique ORL et maxillo-faciale complexe (mention B3)*

Concernant la chirurgie complexe ORL et maxillo-faciale, au regard du faible volume de patients concernés, l'activité sera concentrée sur les centres à plus fort volume, capables de répondre au besoin de santé

▪ *Chirurgie oncologique gynécologique complexe (mention B5)*

La mention de chirurgie oncologique gynécologique avec la pratique thérapeutique spécifique de la chirurgie des cancers de l'ovaire (mention B5 « ovaire ») couvre toutes les chirurgies des cancers de l'ovaire (avancé, non avancé) mais également la chirurgie du col récidivant en zone irradiée et du cancer de l'endomètre avec atteinte péritonéale.

Là encore, un lien a été démontré entre le volume d'activité et la survie des patientes, incitant à une forte augmentation des seuils¹ et à la concentration des centres autorisés pour assurer le développement de l'expertise et améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Les établissements autorisés à cette chirurgie participeront à la RCP de recours régionale B5 qui permettra également l'enregistrement des données de cancers de l'ovaire avancés en région.

A terme, l'objectif est de concentrer l'activité de cancérologie sur les établissements disposant d'activités importantes en volume et de diverses modalités de traitement du cancer (chirurgie carcinologique, TMSC) tout en maintenant une offre de proximité pour les TMSC et la radiothérapie. Il sera souhaitable de favoriser :

- les regroupements d'établissements ayant les activités quantitatives et qualitatives les moins élevées au sein d'un même territoire ;
- les coopérations entre établissements de mentions A et B (prises en charge partagées et coordination des parcours entre A et B, RCP de recours) dans une logique de gradation des soins.

Les centres de recours prendront en charge les pathologies de recours tandis que les pathologies moins complexes pourront être orientées vers des centres avec mention A. Ainsi, les Centres B5 devront se concentrer sur ces chirurgies complexes et la chirurgie de l'ovaire.

Les établissements autorisés au traitement du cancer devront s'assurer du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques².

Par ailleurs, les établissements autorisés à la chirurgie du cancer sont invités à coopérer avec les SMR, notamment pour la prise en charge de suites opératoires nécessitant une expertise particulière (ex soins de trachéotomie, de sonde de néphrostomie, etc.).

Un état des lieux de la continuité des soins mise en place par les établissements autorisés au traitement du cancer sera réalisé. Des hotlines départementales ou régionales pourraient être mises en place pour répondre aux situations d'urgence.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

¹ Bristow et al. Meta Analysis JCO 2002 and Bristow et al. High volume cancer care : survival impact and disparities in access for advanced stage-disease. Gynecol Oncol 2014 – Meurette J, et al. Intérêts de la centralisation de la chirurgie du cancer de l'ovaire en France. Bull Cancer (2023), <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.12.016>

² Art. D. 6124-276

CHAPITRE 7.19

Génétique

Activité soumise à autorisation

Les tests relatifs aux caractéristiques de génétique constitutionnelle apportent des informations relatives à la santé des individus ou à celle de leur famille

Ils permettent de rechercher des mutations sur l'ADN, ou à dépister des anomalies concernant les chromosomes. Les examens qui apportent des informations sur le patrimoine génétique transmissible, c'est-à-dire présent dans toutes les cellules de l'organisme relèvent de l'activité de génétique constitutionnelle qui est soumise à un régime d'autorisation.

Les tests de génétiques constitutionnels postnatals sont réalisés dans différents contextes. Ils concernent autant les patients symptomatiques et asymptomatiques.

Ils permettent de rechercher aussi bien 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 constitue une méthode dont le but est de déterminer la succession linéaire des bases A, C, G et T prenant part à la structure de l'ADN. La lecture de cette séquence permet d'étudier l'information biologique contenue par celle-ci et en ciblant les gènes responsables de maladies héréditaires par l'exploration de l'exome (plusieurs milliers de gènes qui code les protéines) ou par l'ensemble du génome permet d'identifier les déterminants génétiques de ces maladies rares. Une autre discipline impliquant les examens de génétique est la pharmacogénétique. Très orientée oncologie, dans le cadre des chimiothérapies qui présentent souvent un index thérapeutique étroit, elle 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.

L'ENJEU STRATEGIQUE

Maintenir et améliorer l'accès à l'offre existante.

L'OBJECTIF

Renforcer les relations avec les professionnels afin d'améliorer le repérage et la prise en charge précoce des maladies et éviter l'errance diagnostique.

Le résultat attendu dans 5 ans :

- Amélioration du repérage et de la prise en charge des maladies.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.20

Activité d'hospitalisation à domicile

Activité soumise à autorisation

L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objectif d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et coordonnés et d'agréger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet, dans une logique de proximité. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Elle est une réponse au souhait croissant des français d'être soignés chez eux.

○ En termes de réglementation

L'hospitalisation à domicile, HAD, devient une activité de soins à part entière. La notion « d'établissement d'hospitalisation à domicile » disparaît désormais au profit de celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'HAD ».

Cette nouvelle activité se décline en quatre mentions pour lesquelles il existe des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement communes et spécifiques à chacune.

- *Mention socle* : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions ; obligatoire pour tous les établissements autorisés à cette activité de soins.
- *Mention réadaptation* : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret « Conditions techniques de fonctionnement »¹ (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes) ;
- *Mention ante et post-partum* : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post-partum intégrant une dimension pathologique.
- *Mention enfants de moins de trois ans* : ensemble des prises en charge réalisées chez les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie.

Deux exceptions existent :

- les enfants relevant d'une prise en charge en soins palliatifs ou fin de vie peuvent être pris en charge par des structures titulaires d'une autorisation comportant uniquement la mention "socle" exclusive quel que soit leur âge, sous réserve du recours à une expertise pédiatrique ;
- les nouveau-nés dont la mère est prise en charge en post-partum par une structure titulaire de l'autorisation d'hospitalisation à domicile comportant la mention « ante et post-partum » peuvent être pris en charge au sein de la même structure.

○ En termes de structures

Un paysage diversifié composé de 22 structures.

- 22 établissements d'HAD pour une population régionale de plus de 5 millions d'habitants soit en moyenne 1 HAD pour 225 000 habitants.
- De différents statuts : 9 structures publiques, 7 structures privées lucratives et 6 structures privées non lucratives. Les HAD ont recours à des équipes soignantes salariées, libérales ou mixtes.

¹ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile

- Plus de la moitié des HAD sont intégrées à un établissement de santé et assurent en grande partie une fonction d'aval d'établissements de type MCO.
- 1 opérateur est spécialisé en cancérologie.
- 1 opérateur est spécialisé dans les prises en charge des personnes âgées.

- La couverture territoriale des HAD s'articule selon deux modalités :
 - o juxtaposition des aires d'intervention avec des HAD concurrentielles comme sur les Bouches-du-Rhône, et une partie des Alpes-Maritimes ;
 - o exclusivité des aires d'intervention pour la ville de Nice, les départements alpins et le Var (en dehors du sud-est du département).

Actuellement, chaque HAD dispose d'une aire d'intervention définie mais il persiste, en région, quelques communes non couvertes (en particulier le haut-pays niçois et la commune des Saintes-Marie-de-la-Mer).

- o **En termes d'activité**

Un volume d'activité régionale satisfaisant :

- Plus de 500 000 journées d'HAD réalisées en région ;
- un nombre moyen de patients pris en charge par jour/100 000 habitants de 28,8 en Paca contre 27,7 en France ;
- un taux de recours standardisé inférieur à celui du national (92,15 en Paca contre 100,62 en France) mais qui évolue favorablement depuis 2017 ;
- un niveau de complexité des soins dispensés globalement insuffisant avec une activité essentiellement concentrée sur 3 modes de prise en charge principaux et qui représentent 70 % de l'activité des HAD : pansements complexes (36 %), soins palliatifs (20 %) et soins de nursing lourds (14 %)¹.

Concernant les modes de prise en charge en lien avec les 3 mentions spécialisées, les niveaux d'activité sont :

- **Rééducation**
 - o Orthopédique : le taux de recours standardisé en région est égal à 0,39, inférieur à celui du national (1,09) et en diminution depuis 2017 contrairement au taux de recours national.
 - o Neurologique : le taux de recours standardisé en région est égal à 0,33, inférieur à celui du national (1,39) et en constante diminution depuis 2017 contrairement au taux de recours national.
- **Enfants de moins de 3 ans**
 - o Prise en charge du nouveau-né à risque : le taux de recours standardisé en région est égal à 0,12, inférieur à celui du national (0,43) et en diminution depuis 2017 contrairement au taux de recours national.
- **Ante et post-partum**
 - o Surveillance de grossesse à risque : le taux de recours standardisé en région est égal à 0,88, inférieur à celui du national (1,87).

¹ Sources : Scansante Indicateurs et taux de recours HAD 2021 – e-PMSI HAD 2021-2022

- Post-partum pathologique : taux de recours non disponible du fait d'un nombre de séjours très peu élevé.

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

- Une offre d'hospitalisation à domicile accessible à chacun, sur son lieu de vie, et partout dans la région, dans toutes ses spécialités afin de garantir un parcours fluide et cohérent.
- Une offre de soins qui s'inscrit pleinement dans l'organisation sanitaire des territoires.
- Une meilleure connaissance de cette activité de soins par les professionnels de santé et les usagers.

LES OBJECTIFS

1. En termes d'organisation des soins

- *Une offre d'hospitalisation accessible partout*

- La prise en charge en HAD s'adresse aux patients de tout âge – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, instables ou évolutives, et doit être organisée sur tout le territoire.
- La présence d'aires d'intervention non couvertes doit conduire, en lien avec les acteurs, à retravailler la répartition des aires d'intervention, dans l'objectif de garantir une prise en charge à chaque patient et permettre une meilleure cohérence et une lisibilité accrue.

- *Une offre améliorée par une activité diversifiée des HAD sur tous les territoires :*

- **Développer des prises en charge spécifiques inscrites dans la mention socle**

Les HAD doivent s'organiser pour être en capacité d'offrir un éventail de compétences diversifiées en garantissant la qualité et la sécurité des soins et la formation de leurs personnels.

Cette polyvalence, notamment dans les domaines de la cancérologie, de la transfusion sanguine, des soins palliatifs, des maladies neurodégénératives, imposent des partenariats privilégiés avec des équipes spécialisées.

- Dans le cas particulier de l'activité de chimiothérapie à domicile, l'HAD devra répondre au cahier des charges des établissements associés en chimiothérapie, avec un ou plusieurs établissements autorisés au traitement du cancer.
- Dans la prise en charge des maladies neurodégénératives en lien avec les orientations nationales inscrites dans la feuille de route Maladies neurodégénératives, les HAD devront coopérer avec les centres experts pour la maladie de parkinson, la maladie d'Alzheimer et la sclérose en plaque.
- Dans la prise en charge de soins palliatifs, les HAD doivent poursuivre leurs actions en s'intégrant dans les filières territoriales de soins palliatifs (Unités de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs).
- Il serait souhaitable de disposer, dans chaque département, d'au moins une HAD compétente en soins palliatifs et d'une HAD compétente en chimiothérapie.
- Pour maintenir une offre pérenne et de qualité, sur un territoire largement couvert, un regroupement de deux HAD à faible activité est envisagé.

- **Mettre en œuvre les mentions spécialisées**

La réforme des autorisations prévoit, en dehors de la mention socle qui constitue un pré-requis, trois mentions spécialisées. Ces 3 activités faisaient déjà partie des modes de prise en charge en HAD mais ne représentaient qu'une très faible part de leur activité. De ce fait, l'évaluation des besoins par territoire n'est pas aisée mais la volonté de développer le virage ambulatoire et domiciliaire, de raccourcir les délais d'hospitalisation et de fluidifier les parcours et filières doivent conduire à développer ces modalités de prises en charge spécifiques.

- **Concernant l'offre d'HAD en mention « réadaptation »** : il convient de disposer de cette offre de soins sur toutes les zones du schéma régional de santé (départements). Les territoires d'intervention devront être complémentaires pour un meilleur maillage territorial en lien avec les SMR partenaires.
- **Concernant l'offre HAD « ante-post-partum »** : il convient de disposer de cette offre de soins sur toutes les zones du schéma régional de santé. Les territoires d'intervention devront être complémentaires pour un meilleur maillage territorial en lien avec les services de maternités partenaires.
- **Concernant l'offre HAD « enfants de moins de 3 ans »** : il convient de disposer de cette offre de soins, sur toutes les zones du schéma régional de santé, qui doit s'articuler avec les maternités, les services de néonatalogie et de pédiatrie de chaque territoire en veillant à la couverture de l'ensemble du territoire régional.

Pour ces 3 mentions spécialisées, les établissements d'HAD devront concrétiser des partenariats avec les établissements de santé MCO et de soins médicaux et de réadaptation présents sur le territoire. Ces partenariats constituent un levier important pour favoriser les prescriptions médicales en HAD, apporter les compétences qui leur permettront de développer leurs activités spécifiques sécurisant ainsi les prises en charge.

2. En termes de pertinence, qualité et sécurité des parcours

- *Assurer la continuité des soins*

Les établissements d'HAD doivent mettre en œuvre une organisation interne assurant la continuité des soins 24 h/24 et 7 jours sur 7 qui permet l'intervention d'une infirmière au domicile du patient et le recours à un avis médical.

Un système de communication à distance, permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients, leur entourage et la structure d'HAD, est mis en place.

- *Renforcer la place des HAD dans l'organisation sanitaire dans les territoires en raccourcissant les délais d'admission*

Véritables acteurs de la fluidification des parcours, les établissements d'HAD doivent avoir l'opportunité d'intervenir :

- **Pour éviter une hospitalisation,**
 - en améliorant la prescription de l'HAD par les médecins généralistes, en se rapprochant des structures de soins coordonnées et des dispositifs d'appui à la coordination ;
 - en confortant les liens entre les HAD et les ESMS d'un même territoire notamment en favorisant le développement des évaluations anticipées pour les patients susceptibles de se dégrader et ne souhaitant pas être hospitalisés ;

- en positionnant une infirmière de liaison dans les services d'urgence en lien avec le dispositif d'infirmière en gériatrie.
- **Pour raccourcir une hospitalisation, sécuriser un retour à domicile ou organiser une prise en charge anticipée**
 - en développant le bon recours et une prise en charge rapide par l'HAD à travers une évaluation précoce au sein des services hospitaliers en disposant d'une IDE de liaison au sein des établissements prescripteurs ;
 - en mettant en place des protocoles d'admission rapide « moins de 48h ».
- *Renforcer les actions de qualité et de sécurité des soins*
 - Organiser, en lien avec les services partenaires, les formations nécessaires à l'acquisition des compétences pour le développement de nouvelles activités.
 - Améliorer le signalement et le suivi des événements indésirables graves (EIG).
 - Veiller à la bonne application des critères de qualité spécifiques aux établissements d'HAD dans le manuel de certification HAS.
 - Suivre les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
 - Favoriser la diffusion des bonnes pratiques auprès des professionnels intervenant en HAD.

3. En termes de ressources

- *Faire face aux difficultés en matière de ressources humaines*
 - en rendant attractifs les métiers en HAD, en déployant des postes d'assistant à temps partagé de praticien d'HAD et en proposant des terrains de stage en HAD pour les étudiants en médecine et en soins infirmiers ;
 - en créant des partenariats de qualité et de confiance avec les professionnels libéraux et les établissements de santé.
- *S'appuyer sur des ressources numériques*
 - En interne, disposer d'un dossier patient informatisé et d'un système d'information garantissant l'accès par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
 - Développer la télémédecine et téléexpertise entre médecin praticien de l'HAD et médecins spécialistes.
 - Intégrer les établissements d'HAD dans tous les programmes et outils de l'e-santé à l'échelle des territoires de proximité.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.21

Radiologie interventionnelle

Activité soumise à autorisation

La radiologie interventionnelle est devenue une activité de soins¹ en référence aux décrets n° 2022-1237 et n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle. L'instruction DGOS et la liste des actes ne sont à ce jour pas publiées.

Les actes de radiologie interventionnelle font partie intégrante du métier de radiologue. Ils reposent sur une suite de conduites indissociables : validation de l'indication et information du patient lors d'une consultation préinterventionnelle : préparation de l'intervention du radiologue, intervention du radiologue, communication du résultat de l'intervention radiologique au patient, suivi du patient. Le radiologue interventionnel participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour lesquelles la radiologie est primordiale pour décider de la stratégie médicale. Il prend part aux décisions thérapeutiques, propose des possibilités diagnostiques radiologiques pertinentes, positionne les actes thérapeutiques de radiologie interventionnelle adaptés.

La radiologie interventionnelle comprend donc l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de neurologie interventionnelle et cardiologie interventionnelle.

La radiologie interventionnelle est une activité de soins se déclinant en 4 mentions.

Les actes de mentions A sont inclus dans les actes de mention B, eux-mêmes inclus dans la mention C, eux-mêmes inclus dans la mention D.

Mention A : Elle comprend, à l'exception des actes relevant des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens.

Mention B : Elle comprend, en sus des actes de la mention A, et à l'exception des actes relevant des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.

Les pratiques thérapeutiques spécifiques sont :

- L'ensemble des actes mentionnés à l'alinéa précédent, hors actes portant sur l'aorte thoracique ; L'autorisation de radiologie au titre de la mention B peut être limitée, sur sollicitation du demandeur, à cette pratique seulement ;
- Les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique ;

¹ **Nota bene :** En l'état du droit actuel, les autorisations d'activités de soins ne peuvent pas être délivrées à certaines personnes morales titulaires à ce jour des autorisations d'EML dont l'objet est la mise en commun du matériel nécessaire à l'exercice de l'activité de leurs membres (par exemple, les groupements d'intérêt économique [GIE], sociétés civiles de moyens [SCM] ou groupements de coopération sanitaire [GCS] de moyens). Les professionnels qui exercent leur activité grâce aux moyens mis en commun dans le cadre de SCM, GIE ou GCS de moyens devront donc, s'ils souhaitent continuer à exercer leur activité en partageant le matériel, se regrouper sous une nouvelle forme de structure juridique habilitée à recevoir une autorisation d'activité de soins (ex : société d'exercice libéral [SEL], société d'exercice libéral à responsabilité limitée [SELARL], GCS établissement de santé, société civile professionnelle [SCP]).

Mention C : Elle comprend, en sus des actes de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transartérielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle.

Mention D : comprend l'ensemble des actes énoncés précédemment, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostasie des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Cette gradation matérialisée par 4 mentions se traduit par des exigences différentes en termes de conditions d'implantation notamment au regard de l'article R. 6123-167 du CSP :

MENTIONS	CONDITIONS D'IMPLANTATION PREVUES PAR L'ARTICLE R. 6123-167 DU CSP
MENTION A	I. - Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention A dispose sur site ou par convention, selon des modalités permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un accès à une unité de surveillance continue .
MENTION B	II. - Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention B dispose : 1° Sur site, d'une unité de surveillance continue ; 2° Sur site ou par convention, selon des modalités permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un accès à une unité de soins intensifs polyvalente ou à une unité de réanimation .
MENTION C	III. - Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention C dispose : 1° Sur site, d'une unité de surveillance continue ; 2° Sur site ou par convention, selon des modalités permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un accès à une structure autorisée en chirurgie ainsi qu'à une unité de soins intensifs polyvalente ou à une unité de réanimation .
MENTION D	IV. - Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention D dispose : 1° Sur site, d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation ; 2° Sur site ou par convention, selon des modalités permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un accès à une structure autorisée en chirurgie. V. - Pour la pratique des actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique, le titulaire de l'autorisation dispose, sur site, d'une unité de chirurgie cardiaque ainsi que d'une unité de réanimation.

La liste des actes fiabilisée précisant le périmètre de l'activité de radiologie interventionnelle, par mention, pour la mise en œuvre de la gradation de l'activité de soins, et l'instruction ministérielle relative à la radiologie interventionnelle ne sont pas publiées à ce jour.

Selon la classification provisoire, des activités relevant de la mention B, voire de la mention C, ne pourront plus être réalisées par certains acteurs actuels car le site ne répondra pas aux conditions d'implantation. Une planification provisoire des différentes mentions de l'activité de soins en radiologie interventionnelle est proposée sur la base :

- d'un état des lieux réalisé en concertation avec les acteurs (radiologues, fédérations de l'hospitalisation, etc.) ;
- des données d'activités des structures d'imagerie ;
- des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement prévues par la nouvelle réglementation ;
- des échanges avec le groupe de travail régional imagerie.

L'ENJEU STRATEGIQUE

Structurer l'offre de soins en région en tenant compte de la gradation en mention des plateaux techniques.

LES OBJECTIFS

- Adapter l'offre au développement de la radiologie interventionnelle en tenant compte des plateaux techniques existants et de l'évolution de cette nouvelle activité de soins
- Mutualiser les plateaux techniques dans le cadre de la permanence des soins.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.22.1

Imagerie diagnostique

Equipements matériels lourds soumis à autorisation

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un secteur en pleine évolution avec élargissement de son champ d'application, notamment en cancérologie où il est devenu un examen de pratique courante.

Le scanner est devenu indispensable pour la gestion des services d'urgences dans les établissements qui ne possédaient qu'une table de radiologie conventionnelle.

Ainsi, en 2022, la région Paca qui présentait un taux d'équipement d'EML inférieur au taux national a réalisé des besoins exceptionnels.

Afin de répondre aux orientations du schéma précédent, ces équipements ont été octroyés majoritairement sur des plateaux techniques existants favorisant ainsi la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire, la complémentarité des techniques et des moyens humains.

La réforme des autorisations prévue dans les décrets N° 2022-1237 et 2022-1238 du 16/09/2022 et l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R 6123-161 du code de la santé publique tend à libéraliser l'offre de soins afin de répondre aux besoins de la population et d'améliorer des délais d'accès aux EML.

Ainsi sur le même site géographique, si le titulaire dispose de l'autorisation d'un ou deux EML, il pourra atteindre le pallier de trois EML sans autorisation de l'ARS si la mixité d'appareil est effective. Au-delà de trois EML, l'ARS devra délivrer une autorisation.

La discipline se heurte actuellement à un manque de manipulateurs en électroradiologie ce qui amène parfois à la non réalisation de vacation de radiologie.

Une école de MERM a été créée sur Toulon, une école est en projet dans les départements de Vaucluse et des Alpes-Maritimes, ce qui permettra à plus ou moins long terme d'améliorer le recrutement nécessaire au fonctionnement de ces EML.

Bilan des équipements en Paca

	04	05	06	13	83	84	TOTAL
NOMBRE D'IRM 2018	2	3	17	34	13	7	76
NOMBRE D'IRM 2023	2	3	21	38	16	8	88
BESOINS EXCEPTIONNELS IRM	1	0	3	8	8	2	24
TOTAL IRM	3	3	24	46	24	12	112
NOMBRE D'IRM NON MIS EN OEUVRE	0	0	1	5	6	2	14
NOMBRE SCANNERS 2018	4	3	20	37	17	10	91
NOMBRE SCANNERS 2023	4	3	25	45	21	15	113
BESOINS EXCEPTIONNELS SCANNERS	0	2	3	3	1	2	11
TOTAL SCANNER	4	5	28	48	22	17	124
NOMBRE SCANNERS NON MIS EN OEUVRE	0	1	2	1	1	2	7

Les besoins exceptionnels de 2022 ont consisté à l'attribution de 24 IRM et 11 scanners. A ce jour, 14 IRM et 7 scanners ne sont toujours pas installés. Les établissements d'instruction des armées figurent dans ces chiffres (Bouches-du-Rhône et Var).

L'ENJEU STRATEGIQUE

Dans un contexte de besoin de santé globalement couvert, faciliter l'accès à des populations spécifiques ou éloignées des équipements en matériel lourds en complétant l'offre et en améliorant l'organisation de la téléradiologie selon les critères préconisés par la HAS.

LES OBJECTIFS

1. Compléter l'offre d'EML sur des plateaux existants

Répondre à une demande d'autorisation d'EML supplémentaire au-delà du seuil de 3 du fait de la saturation des EML, en tenant compte des nouvelles indications.

La demande sera notamment appréciée au regard des critères non cumulatifs suivants :

Scanners, IRM

- saturation des services d'accueil des urgences (SAU) : les patients hospitalisés en établissements de santé ont des difficultés d'accès aux EML du fait d'un grand nombre de passages aux urgences de patients nécessitant des examens (environ 30 000 passages) ;
- présence d'un service de soins critiques, nombre de séjours en réanimation ;
- accès à l'IRM pour les unités neuro-vasculaires ;
- délai d'obtention d'une IRM cérébrale (pathologies psychiatriques et bilan d'Alzheimer).
- forte activité en gériatrie et pédiatrie
- etc.

2. Améliorer la prise en charge en imagerie diagnostique dans des établissements dépourvus d'EML, dont le projet médical :

- est orienté sur la prise en charge de populations spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes âgées) ;
- est centré de manière préférentielle sur la prise en charge de la santé de la femme (cancérologie, dépistage, endométriose, suivi de maladies chroniques décompensées par la grossesse).

3. Développer une activité diagnostique en complément de l'activité de recherche

La technologie offre actuellement des perspectives très attendues en matière d'imagerie cérébrale. L'IRM 7T permet l'exploration d'imagerie morphologique cérébrale de très haute résolution permettant d'approfondir la compréhension des mécanismes sous-jacents aux maladies neurodégénératives de type Parkinson, Alzheimer, Huntington et aux pathologies de type sclérose en plaques, épilepsie et/ou tumorales.

Actuellement réservée en Paca à la recherche, l'IRM 7T située sur un centre hospitalo-universitaire sera utilisée également pour l'activité diagnostique permettant ainsi une double activité de recherche et de clinique.

4. Organiser au niveau territorial la téléradiologie, clé du parcours du patient en maintenant un service de proximité dans un contexte de démographie médicale et paramédicale défavorables en s'appuyant sur la charte du G4¹, reprise dans les recommandations de la HAS.

- Le recours à la téléradiologie doit d'appuyer préalablement sur l'analyse de l'offre de soins locale et la construction du projet médical avancé avec les radiologues locaux.
- Elle doit s'inscrire prioritairement dans le projet médical d'organisation locale de la radiologie du site demandeur.
- Cette organisation doit clairement privilégier les radiologues de proximité aussi bien publics que libéraux.
- Cette organisation doit faire l'objet d'une consultation du Conseil de l'ordre territorialement compétent et de la représentation régionale du Conseil National Professionnel (G4 Régionaux).
- L'adhésion d'un établissement à une organisation de téléradiologie doit être validée par les instances des établissements en réaffirmant l'adhésion aux bonnes pratiques nationales, notamment en ce qui concerne les indications des examens, l'organisation du circuit des patients et les délais de réalisation, de résultats et d'exploitation de ces résultats.

5. Renforcer le maillage territorial en implantant 2 EML dans des bassins de santé permettant d'améliorer l'accessibilité géographique et de réduire les délais d'accès aux équipements lourds dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Var

En effet, un certain nombre de patients se trouvent à distance de ces plateaux techniques rendant opportun un maillage territorial ciblé. Afin d'améliorer l'accessibilité géographique à l'imagerie en réduisant les délais d'accès aux équipements, tout en permettant de raccourcir le délai d'attente pour la réalisation de l'examen IRM ou scanner, il est envisagé la création d'unités de soins radiologiques en zone d'intervention prioritaire (ZIP) située à distance d'un plateau technique existant. Cela permettra d'améliorer la prise en charge de patients en situation précaire mais également le dépistage et le suivi de pathologies dans le cadre de la stratégie décennale cancer.

Il est ainsi prévu la création de 2 unités de soins radiologiques (USR) à titre expérimental en région.

Var :

Une USR située :

- sur un bassin de vie de plus de 30 000 habitants
- à distance d'un plateau technique existant : environ 20 km ou 20 minutes
- dans une zone d'Intervention prioritaire (ZIP) dans le cadre d'un projet ville-hôpital.
- en partenariat avec d'autres professionnels de santé.

Bouches-du-Rhône :

Une USR

- située dans une zone d'Intervention prioritaire
- dans le cadre d'une coopération ville-hôpital pouvant inclure un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM).

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

¹Le G4 associe toutes les composantes de la radiologie française : le Collège des Enseignants en Radiologie de France (universitaires), la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (médecins libéraux), la Société Française de Radiologie (société savante) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers.

CHAPITRE 7.22.2

Caisson hyperbare

Equipements matériels lourds soumis à autorisation

La médecine hyperbare est connue pour la prise en charge, en urgence, des accidents de décompression, des intoxications au monoxyde carbone et des embolies gazeuses.

Mais aujourd'hui, plusieurs pathologies chroniques constituent la majorité de ces indications comme par exemple l'infection bactérienne à germes anaérobies ou mixtes nécrosants des tissus mous, l'écrasement de membre, l'ostéomyélite chronique réfractaire, la brûlure supérieure à 20 % et du 2^{ème} degré, la lésion radio-induite, la lésion sur pied diabétique en présence d'ischémie, la plaie chronique ischémique, la surdité brusque.

L'oxygénothérapie hyperbare est une méthode d'administration d'oxygène inhalé sous une pression supérieure à la pression atmosphérique, dans un but thérapeutique.

L'OHB exerce trois types d'effets : anti-ischémique, anti-infectieux et mécanique (embolie gazeuse et accidents de désaturation).

L'enjeu est de maintenir l'offre de soins en Paca.

La région Paca dispose actuellement de 5 caissons hyperbare :

- Bouches-du-Rhône : 2
- Alpes-Maritimes : 1
- Var : 1
- Vaucluse : 1

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.22.3

Cyclotron à utilisation médicale

Equipements matériels lourds soumis à autorisation

La radiothérapie est délivrée selon trois modalités : curiethérapie, irradiation en sources non scellées, radiothérapie externe.

La protonthérapie est une technique de radiothérapie externe qui permet une irradiation très précise (pic de Bragg). Ainsi, elle limite les effets secondaires en réduisant l'irradiation autour du volume cible et permet d'augmenter la dose à la cible. Les protons sont générés par un cyclotron.

L'autorisation d'un cyclotron est directement liée à l'activité de traitement du cancer pour la modalité radiothérapie (autorisation de radiothérapie externe adulte et pédiatrique actuellement). Les décrets n° 2022-689 et 693 du 26 avril 2022 relatifs aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer publiés en avril 2022 précisent les modalités d'organisation avec des spécificités pour la protonthérapie (art. R. 6123-93-5 du code de la santé publique)

Actuellement seuls 4 sites sont autorisés sur l'ensemble du territoire national dont 2 dans la région Paca, à Nice sur les 2 sites géographiques du Centre Antoine Lacassagne avec :

- 1 cyclotron à Basse énergie (autorisé en 1991)
- 1 cyclotron à Haute énergie (autorisé en 2016)

L'enjeu est de maintenir l'offre de soins en Paca.

[Cf. Objectifs quantifiés de l'offre de soins de ce chapitre](#)

CHAPITRE 7.23

Biologie médicale

La biologie médicale est un maillon essentiel de la prise en charge des patients, tant pour le diagnostic et le suivi des maladies que pour certaines avancées thérapeutiques comme l'utilisation des cellules souches ou des CAR-T cells en oncohématologie, le séquençage de l'ADN circulant et la stratification moléculaire des tumeurs pour la médecine de précision en oncologie. Les examens de biologie médicale sont effectués en laboratoires de ville ou en laboratoires hospitaliers.

Suite à la réforme instaurée par l'ordonnance du 13 janvier 2010 et la loi sur la biologie médicale de 2013, le secteur libéral s'est profondément restructuré par une concentration de l'offre.

Les laboratoires de biologie médicale (LBM) disposent de plateaux analytiques et de plusieurs sites de prélèvements.

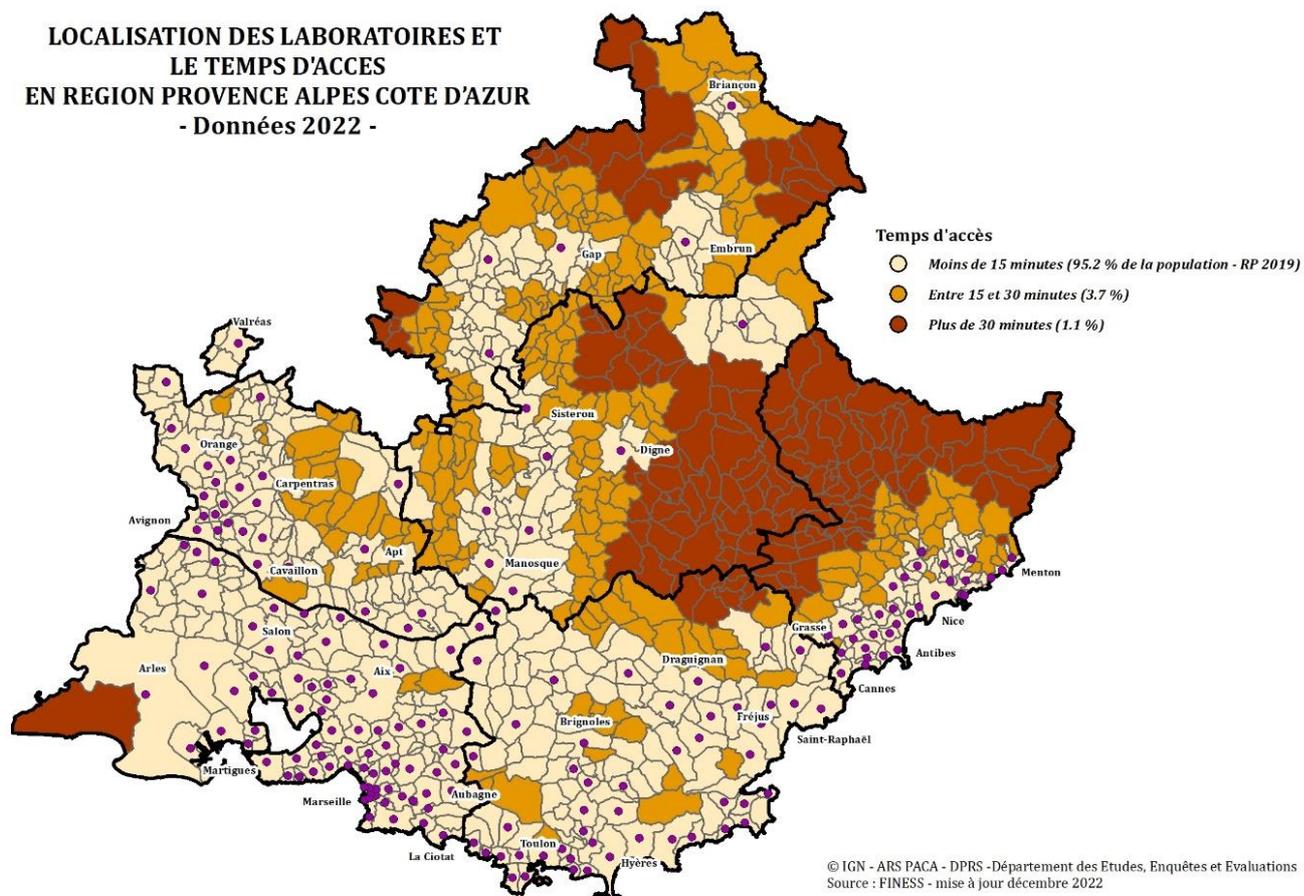
La région Provence-Alpes-Côte d'Azur ne compte plus que 31 LBM libéraux contre 600 avant la réforme. Le nombre de laboratoires hospitalier s'élève à 25. Malgré cette concentration le nombre de sites de prélèvement reste stable jusqu'en 2022 (622 sites). Cependant depuis que les laboratoires de biologie médicale sont accrédités à 100% le nombre de création de sites augmentent fortement sans rapport avec les besoins de la population.

Comme en 2017, la densité de laboratoires en Paca est supérieure à la densité moyenne en France.

Dans tous les départements de Paca, la densité est égale ou supérieure à la moyenne nationale et doublée dans le département des Bouches-du-Rhône.



LOCALISATION DES LABORATOIRES ET LE TEMPS D'ACCÈS EN REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR - Données 2022 -



95,2 % de la population régionale a accès à un site de prélèvement en laboratoire en moins de 15 minutes. Néanmoins les disparités territoriales sont fortes et des écarts conséquents sont constatés entre territoires de santé. Presque toutes les communes de la bande littorale, à l'exception de la Camargue, sont à moins de 15 minutes d'un site de prélèvement, tandis que de nombreuses communes alpines sont éloignées de plus de 30 minutes.

Si la mutualisation des ressources permet des gains de productivité et l'investissement dans des automates de plus en plus performant, elle a pour conséquence un éloignement des plateaux analytiques par rapport au lieu de prélèvement (laboratoire ou domicile) et un allongement des délais de rendu des résultats des analyses en fonction des organisations mises en place (nombre de point de collecte, fréquence des tournées de ramassage, temps de transport, etc.).

L'ENJEU STRATEGIQUE

L'enjeu est de maintenir une offre de biologie médicale permettant de couvrir les besoins de la population et de maintenir un accès à une biologie de proximité et de qualité en tous points du territoire. L'ouverture de nouveaux laboratoires ou sites de prélèvement est conditionnée au respect des règles prudentielles. Elles sont destinées à garantir la pluralité de l'offre de biologie médicale sur un territoire de santé et d'éviter une situation monopolistique qui pourrait s'avérer néfaste à la qualité de la prise en charge des patients.

LES OBJECTIFS

1. Réguler l'offre de biologie médicale en fonction des besoins de la population

L'objectif est d'améliorer la répartition des laboratoires de biologie médicale en limitant l'ouverture de sites ou de LBM dans des zones déjà fortement dotées et en incitant leur ouverture dans des zones mal desservies. Cette régulation est basée sur l'offre d'examens de biologie médicale qui correspond au nombre total d'examens dont le prélèvement a été réalisé sur un même territoire de santé.

En région Paca, les besoins de la population sont identiques à ceux définis dans le précédent PRS. Les seuils d'intervention définis pour chacun des territoires de santé sont présentés dans le tableau suivant :

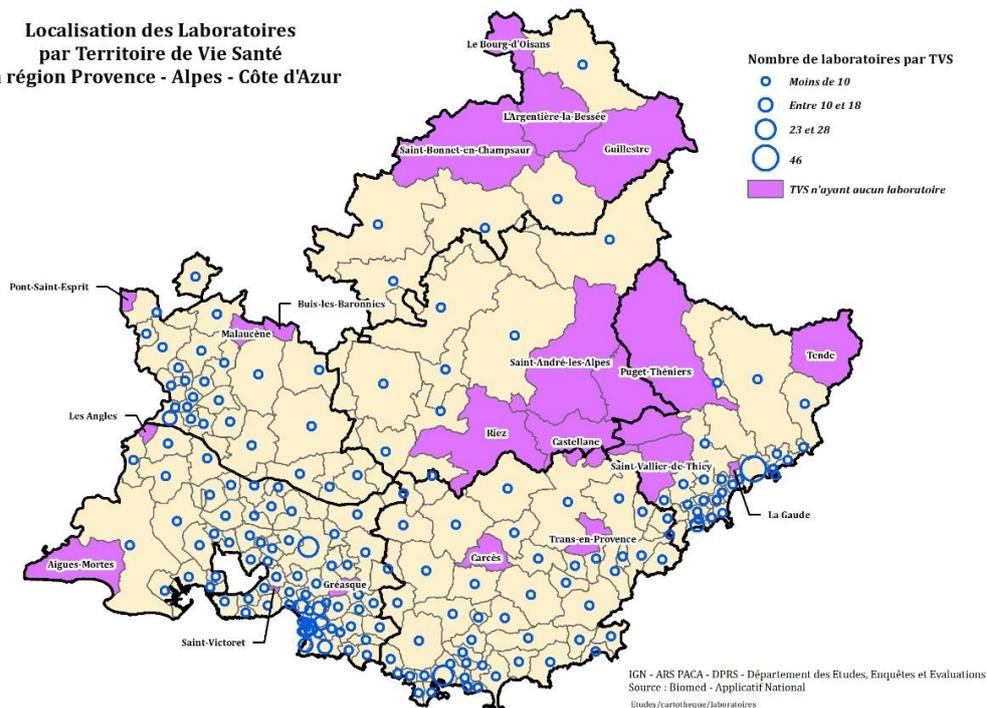
DEPARTEMENT	BESOINS (NOMBRE D'EXAMENS)	POPULATION (01/01/2022)	BESOINS (NOMBRE D'EXAMENS PAR HABITANT)	SEUIL D'INTERVENTION (BESOINS + 25 %)
ALPES-DE-HAUTE PROVENCE	3 323 960	166 198	20	25
HAUTES-ALPES	3 081 716	140 078	22	28
ALPES-MARITIMES	25 443 359	1 106 233	23	29
BOUCHES-DU-RHONE	55 671 813	2 061 919	27	34
VAR	22 041 480	1 102 074	20	25
VAUCLUSE	11 266 300	563 315	20	25
REGION PACA	120 828 628	5 139 817	24	29

Conformément à la réglementation, il est possible pour l'ARS Paca de refuser l'ouverture ou le transfert vers un territoire de santé où l'offre d'examens de biologie médicale dépasse le seuil d'intervention (besoins + 25 %).

L'atteinte des seuils d'intervention est réévaluée chaque année.

Par dérogation, l'ouverture de LBM ou de site pourra être autorisée dans un « territoire de vie santé » (TVS) dépourvu de laboratoire. Cependant, ces nouveaux sites créés ne pourront pas être transférés en dehors d'un TVS sans laboratoire.

Localisation des Laboratoires par Territoire de Vie Santé en région Provence - Alpes - Côte d'Azur



2. Organiser la filière biologie médicale dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire

La structuration des filières de biologie médicale des groupements hospitaliers de territoire (GHT) devra être renforcée dans une logique de recours. Des pôles territoriaux de biologie médicale à l'échelle du GHT sont à discuter afin de conforter une biologie publique performante. La coopération inter-GHT doit se renforcer notamment avec l'AP-HM qui a fini de restructurer son laboratoire de biologie médicale et le CHU de Nice qui a un projet de regroupement de l'ensemble de ses laboratoires sur un même site, au sein d'un plateau commun de biologie. Si besoin, un accompagnement juridique ou méthodologique des GHT dans leurs besoins de réorganisation de la biologie hospitalière territoriale sera proposé par l'ARS.

3. Veiller à respecter les délais de conservation pré analytiques dans le cas de transmission de prélèvements fragiles et les délais de rendus de résultats urgents

L'activité analytique des LBM est regroupée sur des plateaux techniques vers lesquels sont acheminés les échantillons biologiques prélevés dans les sites périphériques.

L'organisation du LBM doit permettre d'acheminer les prélèvements jusqu'au plateau technique dans un délai acceptable.

Les délais de conservation des échantillons avant analyse recommandés par les sociétés savantes doivent être respectés afin d'assurer la qualité et la rapidité des résultats rendus au clinicien. Une organisation permettra d'obtenir des délais rapides de rendus de résultats urgents pour les structures de soins non programmés situés dans les territoires dépourvus de plateaux analytiques.

4. Fixer des critères pour encadrer les lieux de rupture de charge et de stockage

En dehors des lieux où les professionnels de santé sont autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale fixés par l'arrêté du 13 août 2014, le LBM peut recourir à un lieu de rupture de charge dans un TVS dépourvu de LBM. Ce lieu est

identifié, dédié, sécurisé et les conditions de transport et de stockage sont maîtrisées et définies (délai, température, confidentialité, professionnel habilité).

5. Définir des critères de déploiement de la biologie délocalisée

L'article L.6211-18 du Code de la santé publique prévoit la possibilité de réaliser la phase analytique d'un examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement de santé. Les conditions de déploiement de la biologie délocalisée feront l'objet d'une consultation après publication de l'arrêté définissant la liste des examens et les catégories de professionnels de santé concernés. Une attention particulière sera apportée au besoin de biologie délocalisée issu des remontées du CNR santé, notamment dans les structures de soins non programmés.

6. Organiser la permanence de l'offre de biologie médicale

L'objectif est d'identifier les besoins en lien avec les URPS des médecins, biologistes et infirmiers et les hôpitaux du secteur. A l'issue de cette phase une cartographie pourra être réalisée par territoire avec les sites réalisant certains examens urgents et leurs horaires d'ouverture.

CHAPITRE 7.24

Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en établissement de santé, en établissement médico-social ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, préserver la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

Toute personne atteinte d'une maladie grave et évolutive, limitant le pronostic vital, doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs, quelle que soit sa pathologie, son âge, le moment d'évolution de la maladie avec l'objectif de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à sa mort.

En adéquation avec le plan national des soins palliatifs 2021-2024, l'ARS Paca déploie sa feuille de route régionale co-construite avec le comité de pilotage régional des soins palliatifs¹.

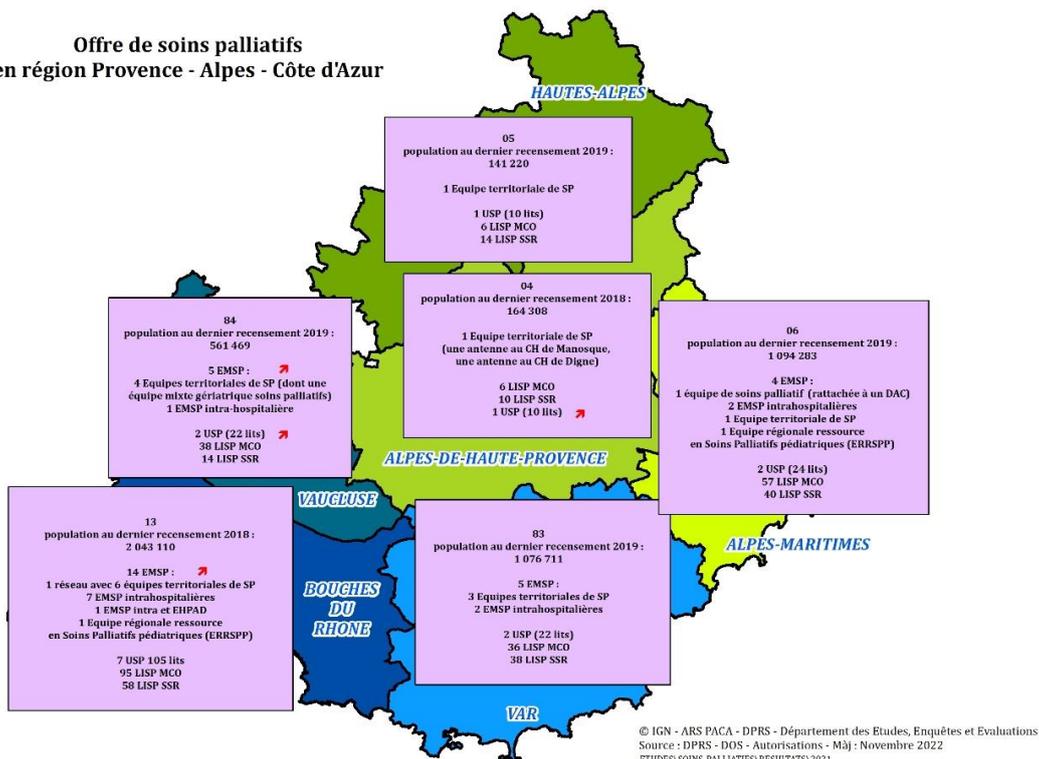
La révision actuelle de la loi sur la fin de vie et la convention citoyenne ont mis en lumière la nécessité de renforcer la place des soins palliatifs dans notre système de santé. L'accompagnement vers la mort est un sujet tabou, mal connu du grand public, et qui mérite d'être mieux abordé et partagé.

- **En termes de sites reconnus**
- **15 unités de soins palliatifs (USP)** couvrant tous les départements de la région soit 203 lits en USP (+36% depuis 2017²) ;
- **422 lits de soins palliatifs** (+29%) comportant 238 lits identifiés en soins palliatifs (LISP) en MCO (+15%) et 184 LISP en SMR (+59%) ;
- **32 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :**
 - 12 équipes intra-hospitalières strictes
 - 20 équipes territoriales de soins palliatifs (ETSP), dont:
 - ✓ **18 équipes adultes** : 13 qui sont à la fois intra et extrahospitalières, et 5 qui sont extrahospitalières strictes
 - ✓ **2 équipes régionales ressources en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).**

¹ L'ARS Paca soutient la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie | Agence régionale de santé PACA (sante.fr)

² Renforcement de l'offre en soins palliatifs depuis 2017

Offre de soins palliatifs en région Provence - Alpes - Côte d'Azur



○ En termes d'activité

Près de 10 000 patients ont eu un séjour en soins palliatifs (MCO, SMR ou HAD) en 2021 et les projections sont en faveur de 11 000 patients à prendre en soin (+12%) à l'horizon 2028.

La région Paca totalise 57 200 décès en 2022. La part des décès au domicile a augmenté entre 2014 et 2021. Elle est de 31 % en Paca, de 32 % dans les Bouches-du-Rhône et 35 % dans le Var, contre 27 % en France. Cela est probablement lié au maillage régional par des équipes mobiles de soins palliatifs à domicile et à l'implication des HAD.

En effet, l'activité de soins palliatifs représente 20 % des séjours en HAD en région Paca¹.

Le taux de recours en soins palliatifs (MCO et SMR), standardisé à l'âge (3,5 séjours pour 1000 habitants) est supérieur en Paca au taux national (2,9).

Il est supérieur de 43 % en SMR (2,2 en Paca/1,6 en France), probablement en partie lié à une offre supérieure en soins palliatifs au sein des SMR de PACA.

Cependant les taux d'occupation de 122 % dans les Lits identifiés en soins palliatifs (LISP) en SMR traduisent une saturation de ces LISP et une offre à améliorer.

Le renforcement de l'offre sanitaire en soins palliatifs depuis 2017 a permis de dépasser le taux médian d'équipement national en lits de soins palliatifs dédiés.

Cependant, les taux d'équipement en soins palliatifs en région Paca (Nb de lits pour 100 000 habitants) restent insuffisants dans certains départements : le Var pour les LISP en MCO et les lits en USP, les Alpes-Maritimes pour l'offre en USP.

¹ Données PMSI-ATIH 2022

Taux d'équipement en soins palliatifs en Paca en 2022 (nombre de lits pour 100 000 habitants)

DEPARTEMENT	TOTAL	LISP MCO	LISP SSR	LITS D'USP
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	11,6	3,7	6,1	6,1
HAUTES-ALPES	21,2	4,2	9,9	7,1
ALPES-MARITIMES	11,2	5,3	3,7	2,2
BOUCHES-DU-RHONE	12,7	4,7	2,9	5,2
VAR	9,1	3,4	3,6	2,1
VAUCLUSE	13,2	6,8	2,5	3,9
REGION PACA	12,0	4,7	3,5	3,8
FRANCE (DONNEES SAE 2021)	11,4	3,4	2,1	2,8

LES ENJEUX STRATÉGIQUES

- Le déploiement de la feuille de route régionale¹ en soins palliatifs 2022-2024 sera poursuivi ; certaines actions ont été jugées prioritaires lors de la concertation avec les acteurs : l'amélioration de la formation aux soins palliatifs, le développement de la coordination entre les acteurs sanitaires et de la ville, la démarche palliative précoce et une meilleure collaboration entre certaines équipes de soins palliatifs et les HAD. Ces actions seront à poursuivre jusqu'en 2028 et s'adapteront à la future stratégie décennale des soins palliatifs.
- Poursuivre l'organisation des filières en soins palliatifs en renforçant l'offre de soins palliatifs et les articulations entre les acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre de l'instruction interministérielle n°DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023, relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

LES OBJECTIFS

1. Poursuite du déploiement de la feuille de route soins palliatifs

Les grandes orientations de la feuille de route des soins palliatifs Paca sont d'améliorer la visibilité des soins palliatifs en Paca (Axe 1 du plan national), la formation initiale et continue et de favoriser l'attractivité des postes en soins palliatifs (axe 2), de consolider l'offre en soins palliatifs, de renforcer les compétences palliatives dans les ESMS et l'articulation territoriale de la filière des soins palliatifs (axe 3).

Les actions décrites ci-dessous sont une priorisation issue du groupe de travail.

¹ En savoir plus sur la feuille de route régionale soins palliatifs

- *Mettre en place la cellule d'animation régionale*

La cellule d'animation régionale, dénommée Cel-APSP, a démarré son action en juin 2023. Elle participera, en lien avec les différents territoires, à la structuration, à l'organisation et au développement de la filière régionale palliative.

Elle déploiera ses missions en cohérence avec le PRS et avec les politiques nationales. Elle contribuera à l'égalité d'accès aux soins palliatifs, au développement du maintien au domicile, à la garantie de soins palliatifs pertinents et de qualité, à la diffusion de la démarche palliative et à l'information des concitoyens pour l'exercice libre et éclairé de leurs droits en tant que personnes malades ou proches aidants.

- *Améliorer la formation*

- Améliorer la formation des étudiants hospitaliers et des internes, rendre lisible et attractive la formation spécifique transversale (FST) de médecine palliative en lien avec les facultés de médecine, améliorer la formation des paramédicaux et l'information du grand public.
- S'appuyer sur la cellule d'animation régionale, sur les partenariats avec les espaces éthiques, et les représentants des usagers.

- *Développer la coordination entre les acteurs des établissements sanitaires et les structures d'exercice coordonné*

- Mettre en place des comités territoriaux de soins palliatifs avec une gouvernance territoriale représentée par des établissements de santé publics, privés, les équipes des filières territoriales de soins palliatifs (ETSP, USP, etc.), les DAC, CPTS et HAD. L'objectif est de définir des parcours lisibles en soins palliatifs avec 1 à 2 réunions par an de retour d'expérience et d'échange.
- Mettre en place des protocoles anticipés avec les médecins généralistes pour la prise en charge à domicile. Optimiser l'utilisation du logiciel « Via Trajectoire » entre les établissements (MCO, SMR) et la ville. Développer des partenariats avec les CPTS et les DAC. Le déploiement régional, en cours, des astreintes territoriales en soins palliatifs sera un levier important de coordination et de diffusion des bonnes pratiques aux professionnels.

- *Développer la démarche palliative précoce*

Un recours trop tardif aux soins palliatifs est souvent constaté alors que le bénéfice de leur mise en place précoce est démontré¹.

Les objectifs :

- Développer le lien entre les équipes de soins palliatifs, les services de spécialité et les réanimateurs (grâce aux outils numériques de communication, à la mise en place de staffs multidisciplinaires).
- Poursuivre le travail du groupe expert régional « démarche palliative et cancer » de la feuille de route de la stratégie décennale cancer.²

¹ Temel JS et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. J Clin Oncol. 2017 Mar 10;35(8):834-841.

² <https://oncopacacorse.fr/fr/page/soins-palliatifs>

- *Développer la collaboration entre les équipes de soins palliatifs et les HAD*
 - Dans le respect de leurs compétences respectives, définir une charte d'inclusion médicale précisant le profil des patients relevant d'HAD et le rôle d'appui d'une équipe de soins palliatifs.
 - Favoriser la participation des HAD aux astreintes territoriales en soins palliatifs.
 - Favoriser le partage de temps médical entre équipes de soins palliatifs et HAD.
 - Mettre en application les attendus de l'annexe 4 de l'instruction 21 juin 2023 (référentiel d'organisation relatif à l'HAD).
- *Renforcement des compétences palliatives dans les établissements sociaux et médico-sociaux*
 - Développer la sensibilisation et le recueil des directives anticipées (en portant une attention particulière aux personnes en situation de handicap).
 - Développer les évaluations anticipées en HAD pour les résidents en Ehpad dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance.
 - Identifier un référent soins palliatifs dans les ESMS et désigner un référent handicap dans les équipes de soins palliatifs.
 - Favoriser les liens entre les ESMS et les équipes mobiles de soins palliatifs et le compagnonnage des EMSP dans l'objectif de diffuser la culture de la démarche palliative auprès des professionnels salariés et intervenant dans les ESMS.
 - Poursuivre la formation aux soins palliatifs des personnels des ESMS.
 - Mettre en application les attendus de l'annexe 8 de l'instruction du 21 juin 2023.

2. Poursuivre l'organisation des filières en soins palliatifs

- En adéquation avec les attendus de l'instruction interministérielle n°DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023, relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.
- Actualiser et clarifier l'articulation territoriale des acteurs de soins palliatifs en inscrivant l'organisation des soins palliatifs dans le système sanitaire, en s'appuyant sur le maillage acquis et l'expertise construite en soins palliatifs, en intégrant de nouvelles modalités de prise en charge plus en amont et plus réactives.
- Dans une démarche qualité, une auto-évaluation des LISP a été réalisée en 2022 et a permis aux services de décliner des actions d'amélioration de la prise en charge de leurs patients. Une nouvelle enquête sera réalisée auprès de ces services dotés de LISP afin de vérifier la poursuite de la démarche qualité et la démarche de mise en adéquation aux nouvelles recommandations de l'instruction du 21 juin 2023.
- Parmi ces recommandations sont notées la nécessité d'un référent médical et d'un référent paramédical formé aux soins palliatifs au sein des services reconnus avec des LISP. De même, il est préconisé d'avoir un minimum de 3 LISP au sein d'un service.
- Recenser les associations de bénévoles qui seront invitées à poursuivre leurs efforts auprès des patients hospitalisés mais également au domicile en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs.
- Renforcer l'offre en soins palliatifs en particulier dans certains départements sous-dotés comme les Alpes-Maritimes et le Var.

- Il sera souhaitable de renforcer l'offre en LISP en région, mais également en USP dans les départements sous-dotés. A ce titre, la création d'une USP en SMR dans les plus gros départements serait opportune pour répondre aux besoins des séjours longs en soins palliatifs. Il faudra également développer la prise en charge en hôpital de jour en soins palliatifs qui a démontré sa plus-value pour les patients.
- En termes de projection du besoin, un minimum de 24 lits supplémentaires en USP, de 30 LISP en MCO et de 22 LISP en SSR est attendu en 2028, si l'on prend en compte uniquement les projections liées au vieillissement de la population.
- Les établissements autorisés au traitement du cancer devront formaliser des liens avec des équipes mobiles de soins palliatifs et la filière en soins palliatifs territoriale.
- Les établissements dépourvus d'équipes de soins palliatifs devront s'assurer de participer à la filière de soins palliatifs de leur territoire par des conventions a minima avec les équipes de soins palliatifs et les HAD de leur territoire.
- La lisibilité de l'offre en soins palliatifs devra être renforcée, grâce à l'appui de la cellule d'animation territoriale mais également des DAC et des centres de ressources territoriaux.

CHAPITRE 7.25

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

En France, plus de 150 000 personnes sont victimes d'accidents vasculaires cérébraux et d'accidents ischémiques transitoires chaque année.

Les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de déclin cognitif et d'une mortalité importante.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) reste un véritable enjeu de santé publique en région nécessitant une meilleure organisation du maillage territorial autour d'un nombre limité d'unités neurovasculaires.

○ En termes d'offre régionale

La région est dotée de 8 unités neurovasculaires (UNV) dont une dans un hôpital d'Instruction des Armées.

Elles sont organisées en :

- **UNV de proximité (4)**, situées dans les Alpes Maritimes (1), les Bouches-du-Rhône (1), le Var (1) et le Vaucluse (1) ;
- **UNV de recours (4)** positionnées sur les mêmes plateaux techniques que les activités d'imagerie interventionnelle en neuroradiologie et de neurochirurgie situées dans les Alpes-Maritimes (1), les Bouches-du-Rhône (2) et le Var (1).
- Les départements alpins ne disposent pas de cette offre de soins mais doivent bénéficier d'une prise en charge de même niveau par une optimisation de la filière AVC.

○ En termes d'activité¹

- Un nombre de patients et de séjours pour AVC est en légère diminution entre 2018 et 2022 (-1,8 % en région et -2,9 % en France).
- Un taux de recours standardisé en région, pour les séjours AVC, est toujours inférieur à celui du national (2,54 versus 2,64).
- Plus de 75 % des AVC sont des accidents ischémiques (70 % d'accidents ischémiques et 30 % d'accidents ischémiques transitoires).
- 80 % des AVC surviennent chez des patients âgés de plus de 60 ans.
- Seulement 30 % des séjours pour AVC sont pris en charge en UNV, ce taux est nettement inférieur à celui de la France (44 %) même s'il a tendance à augmenter. L'amélioration de cette donnée, pour la région Paca, doit être une priorité. En effet, plusieurs études ont montré un bénéfice significatif sur le pronostic des patients victimes d'AVC ou d'accidents ischémiques transitoires (AIT) ayant séjourné dans une UNV (Cochrane, 2013).

L'ENJEU STRATÉGIQUE

Optimiser la filière AVC en structurant l'animation des filières territoriales et en confortant les plateaux techniques existants.

¹ Sources : PMSI 2021 et 2022, ATIH Scansanté – Taux de recours 2017-2021.

LES OBJECTIFS

1. En termes de pertinence, qualité et sécurité des parcours

- *Mettre en œuvre des actions de prévention et de sensibilisation du grand public et des professionnels de santé*

- Améliorer le repérage des patients à risque par la mise en œuvre des consultations de prévention (référence LFSS).
- Promouvoir l'appel au 15 en présence de signes évocateurs d'AVC grâce à une meilleure sensibilisation du grand public et des professionnels de santé libéraux et ceux participant à la prise en charge pré-hospitalière.
- Sensibiliser les équipes intra-hospitalières à la nécessité d'une prise en charge rapide permettant l'intégration du patient dans la bonne filière.

Ces actions doivent être récurrentes et continues afin d'être largement entendues.

- *Structurer et animer les filières territoriales, de la prise en charge pré-hospitalière à la prise en charge d'aval*

- Recruter un animateur de filière dans chacun territoire disposant d'une UNV : les fiches de poste seront rédigées par les acteurs de la filière en lien avec l'ARS.
- Constituer et formaliser les filières territoriales AVC dans toutes ses composantes (adulte et pédiatrique) avec tous les partenaires impliqués et décliner les missions de cette animation sur chaque territoire.

- *Améliorer la qualité des soins et des pratiques*

- Organiser l'accès à l'imagerie : les établissements sièges de service d'urgence et les établissements disposant d'une UNV doivent être en mesure de poser un diagnostic rapide par la réalisation d'une IRM ou d'un scanner cérébral perfusé dans les plus brefs délais ;
 - ⇒ L'amélioration de l'accès à l'imagerie passe par une présence sur site des manipulateurs en électroradiologie formés à l'utilisation des différents équipements et, en l'absence d'IRM sur le site, favoriser les scanners de perfusion en sensibilisant les équipes professionnelles à son utilisation.
- Développer la thrombolyse dans les services d'urgence en organisant des formations pour les urgentistes et en s'appuyant sur des protocoles de bonnes pratiques et sur l'outil de télé-médecine.
- Améliorer les accès directs à la thrombectomie dans les UNV de recours.
- Evaluer l'activité et les pratiques par la réalisation annuelle d'une enquête sur 5 jours donnés, dont l'objectif sera d'adapter les prises en charge au regard des besoins des territoires.
- Uniformiser les données médicales renseignées dans les lettres de liaison permettant de disposer de données harmonisées.
- Suivre les indicateurs de qualité et sécurité des soins de la Haute Autorité de santé :
 - taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire ;
 - taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MRP ;
 - taux de patients ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition ;
 - taux de patients ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (neurologue, MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO ;

2. En termes d'organisation des soins

- *Augmenter le capacitaire des unités neurovasculaires existantes*

La fragilité des UNV, au regard d'une démographie médicale en neurologues vasculaires défavorable, ne permet pas d'envisager, dans les 5 ans à venir, la création de nouvelles UNV.

- Optimiser l'adressage par une régulation adulte et pédiatrique prenant en compte toutes les UNV de recours et de proximité.
- Privilégier les admissions directes en UNV/NRI selon les premiers signes cliniques d'alerte.
- Assurer une liaison permanente entre les unités de recours et les structures de médecine d'urgence pour le diagnostic, la télésanté, et le traitement des patients.
- Développer les transports inter-établissements non médicalisés vers les UNV et les centres de neuroradiologie interventionnelle.
- Les dernières études plaident pour assouplir le recours aux transports médicalisés. En effet, il est démontré un taux de complications très faible qui laisse envisager une non systématisation de la médicalisation de ce transfert et permettant le développement des transferts inter hospitaliers au bénéfice des patients ayant fait l'objet d'une thrombolysse.

- *Identifier, au sein des services de médecine, des unités de neurologie (unités labellisées) pour permettre la poursuite de la prise en charge de patients victimes d'AVC*

Ces unités devront respecter un cahier des charges élaboré conjointement avec les acteurs de la filière. Elles devront disposer de lits d'hospitalisation complète et d'une équipe pluri-professionnelle sur site ou territoriale. L'objectif attendu est de fluidifier la filière AVC et d'améliorer l'accès aux UNV à un plus grand nombre de patients.

- *Améliorer la prise en charge d'aval en services de soins médicaux et de réadaptation, en hospitalisation à domicile et en médico-social*

- Assurer une consultation post-AVC dans les 2 à 6 mois, pour chaque patient victime d'AVC ou d'AIT, organisée, selon l'état et les besoins du patient, avec une équipe pluriprofessionnelle.
- Organiser la filière de prise en charge avec les établissements de soins médicaux de réadaptation disposant de la mention « système nerveux » ou au sein de SMR experts comme les unités PREPAN, neuro-orthopédie, cérébro-lésés ou les unités dédiées à la prise en charge des EVC-EPR ou encore dans des établissements médico-sociaux.
- Développer la prise en charge en HAD autorisée à la mention réadaptation, notamment pour les patients les plus fragiles, pour lesquels un retour à domicile est envisageable.
- Développer ou conforter les liens entre les médecins des UNV et les médecins des établissements SMR et des HAD pour évaluer conjointement le potentiel de récupération des patients afin de proposer rapidement le niveau de prise en charge le plus adapté.
- Organiser des rencontres et des formations partagées sur les plateaux techniques des UNV, des équipes des SMR et des HAD pour garantir un maintien de compétences des personnels médicaux et paramédicaux.
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique et l'offre d'activité physique adaptée de proximité.

3. En termes de ressources

- *Faire face aux difficultés en matière de ressources humaines*

Concernant les neurologues vasculaires, il existe de fortes contraintes en ressources médicales fragilisant les UNV. L'enjeu majeur est donc de réussir à renforcer les équipes notamment par l'augmentation du nombre de postes d'internes en neurologie en région et par l'augmentation capacitaire des UNV existantes, favorisant l'attractivité des professionnels et facilitant la mise en œuvre de la continuité des soins et de la permanence médicale.

- Poursuivre le développement des compétences en neuroradiologie pour anticiper au mieux l'ouverture de futurs centres de thrombectomie de mention A.
- Le manque de ressources humaines touche également les personnels paramédicaux, et notamment les manipulateurs en électroradiologie et les IDE. Pour ces personnels, l'attractivité doit être renforcée au sein des services, par un exercice de leurs métiers dans des conditions adéquates ; en termes de qualité de vie au travail.

- *S'appuyer sur des ressources numériques de qualité*

La télémédecine est un atout majeur dans le domaine de l'accident vasculaire cérébral. Elle est un moyen efficace de conforter l'accès à un diagnostic spécialisé, d'améliorer la rapidité de la prise en charge thérapeutique, de rationaliser les transferts, et de sécuriser un éventuel suivi spécialisé à distance.

Les outils de télémédecine utilisés par les établissements doivent répondre à des exigences de rapidité, de qualité et garantir la sécurité nécessaire attendue en matière de données de santé. Ces exigences doivent conduire au développement et à l'utilisation d'un outil unique sur la région et répondant aux spécificités de cette spécialité.

CHAPITRE 7.26

La permanence des soins en établissement de santé (PDES)

La permanence des soins en établissement de santé consiste à la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins en urgence les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

Une refonte du régime des autorisations va bouleverser le cahier des charges en vigueur. Les éléments du précédent PRS seront reconduits globalement à l'identique dans l'attente de la révision partielle du PRS une fois les autorisations réglementaires attribuées.

Les activités relevant du régime des autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds des articles L. 6122-1 à L. 6122-21 et R. 6122-1 à D. 6122-44-1 du code de la santé publique, dont la liste est fixée à l'article R. 6122-25 du CSP, doivent répondre à des conditions normées dont l'un des objectifs est d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge des usagers/patients.

Les autorisations sont délivrées sous réserve de répondre aux besoins de santé de la population et aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, identifiés par le schéma régional de santé, et de respecter les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement prévues par activité respectivement dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat en application de l'article L. 6123-1 du CSP et d'un décret simple en application de l'article L. 6124-1 du CSP.

Il s'agit des activités dites « réglementées », en particulier s'agissant de celles pour lesquelles les conditions techniques de fonctionnement prévoient un accueil de patients 24 heures sur 24 (activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, neuroradiologie interventionnelle, soins critiques, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, médecine d'urgence, obstétrique).

Par ailleurs, la délivrance d'une autorisation par le Directeur général de l'Agence régionale de santé peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins, en application du 3ème alinéa de l'article L. 6122-7 du CSP.

LES ENJEUX STRATEGIQUES

Les enjeux du précédent schéma seront repris dans l'attente de la révision partielle de cette thématique :

- améliorer l'accès aux soins ;
- améliorer la qualité de la prise en charge ;
- améliorer l'efficacité en optimisant les ressources disponibles.

LES OBJECTIFS

- Définir le besoin par spécialité.
- Conforter l'approche territoriale.
- Prendre en compte le volume de besoin en analysant la zone territoriale en fonction du volume d'activité.
- Elaborer un schéma cible.

SUIVI ET EVALUATION

Révision du cahier des charges en 2024 en tenant compte des mutualisations entre établissements, les évolutions réglementaires, les modifications de l'organisation des soins dans un territoire, la création de nouvelles PDSSES prévues dans le PRS.

Principes généraux par spécialité

Les principes établis dans l'ancien PRS sont repris (Cf. tableaux ci-après). Ils seront revus en tenant compte des exigences réglementaires fixés par la réforme des autorisations.

Par ailleurs, pour la permanence des soins réalisée par des médecins libéraux dans les services d'urgences des établissements privés, une ligne de garde est reconnue et valorisée.

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	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
ANESTHESIE-REANIMATION 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
ANESTHESIE-REANIMATION PEDIATRIQUE	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 télé-médecine.	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. Une astreinte d'anesthésie est reconnue sur les sites ne disposant pas de PDSES d'anesthésie réanimation.	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.	Marseille (3), Nice (1)

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	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 ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparaît 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 VISCERALE ET DIGESTIVE	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparaît 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-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	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

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	PDSES
GERIATRIE	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.	Pas de PDSES
GRANDS BRULES	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés.	Réglementaires
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Les permanences sont fixées réglementairement en fonction du volume d'accouchements.	Réglementaires
INFECTIOLOGIE	<p>Cette activité requiert une astreinte régionale, permettant le recours à distance à des avis hautement spécialisés, notamment pour les pathologies émergentes.</p> <p>Une astreinte territoriale dans les établissements de référence peut être envisagée pour les pathologies plus courantes.</p>	Une astreinte régionale (IHU)
MEDECINE	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.	Pas de PDSES
MEDECINE LEGALE	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
MEDECINE VASCULAIRE ANGIOLOGIE	Cette activité ne justifie pas, compte-tenu de la fréquence des sollicitations nécessaires, de mise en place de PDSES.	Pas de PDSES
NEONATOLOGIE	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
NEPHROLOGIE-HEMODIALYSE	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.	

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	PDSES
ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés.	Réglementaires
NEUROCHIRURGIE	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés Les astreintes régionales recourront également à la télémédecine en neurochirurgie.	Règlementaires
NEUROLOGIE	Les PDSES sont réglementaires sur les UNV de recours, sur les sites autorisés à l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.	
OPHTAMOLOGIE	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 PDSES 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 PDSES en chirurgie maxillo-faciale dans les établissements hospitalo-universitaires.	
OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE	Garantir une PDSES sur trois sites (Marseille, Nice et Toulon).	Marseille, Nice, Toulon
PEDIATRIE	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 PDSES 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.	

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	PDSES
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE PERIPHERIQUE	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
RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	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
REANIMATION ADULTE	Ces permanences sont définies réglementairement.	Réglementaires
REANIMATION NEONATALE	Ces permanences sont définies réglementairement.	Réglementaires
REANIMATION PEDIATRIQUE	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 PEDIATRIQUE	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
UNITE NEUROVASCULAIRE	Ces permanences sont définies réglementairement.	Réglementaires
UNITE 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

SPECIALITES	STRATEGIE REGIONALE	PDSSES
UNITE DE SOINS INTENSIFS	Ces permanences sont définies réglementairement.	Règlementaires
UNITE DE SOINS INTENSIFS CARDIOLOGIQUES	Ces permanences sont définies réglementairement.	Règlementaires
MEDECINE D'URGENCE DANS LES SAU PRIVES	Pour la permanence des soins réalisée par des médecins libéraux dans les services d'urgences des établissements privés une ligne de garde est reconnue et valorisée.	

CHAPITRE 7.27

Indicateurs de suivi

Toutes les activités de soins font l'objet d'une évaluation régulière.

Par ailleurs, 4 indicateurs feront l'objet d'un suivi plus spécifique du SRS-PRS à mi-parcours et à l'issue du SRS-PRS :

- 1 indicateur relatif à l'atteinte des cibles de chaque objectif quantifié visant à évaluer la réponse aux besoins de santé de la population.
- 3 indicateurs ciblés, visant à améliorer les parcours périnatalité et prise en charge de l'accident vasculaire cérébral au regard de leur spécificité régionale.

INDICATEURS	T0	CIBLES 2025	CIBLES 2028
Atteinte de l'objectif quantifié cible 2028 par activité de soins/équipements matériels lourds sur chaque zone du SRS			100 %
Nombre de lits de réanimation néonatale pour 1000 naissances	0,67 pour 1000 naissances	0,68 pour 1000 naissances	0,75 pour 1000 naissances
Nombre de lits de soins intensifs néonataux pour 1000 naissances	1,45 pour 1000 naissances	1,50 pour 1000 naissances	1,60 pour 1000 naissances
Taux de patients présentant un AVC ischémique ou un Accident Ischémique Transitoire entrant dans le séjour par une Unité Neuro Vasculaire (UNV)	25 %	30 %	50 %

CHAPITRE 8

Objectifs quantifiés des 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur (arrêté n°2023PRS-06-34 du 22 juin 2023).

Une zone unique de répartition est déterminée pour les activités de soins suivantes, relevant d'une activité de haute spécialisation, jusqu'alors intégrées dans le schéma interrégional de santé.

Les activités de soins concernées sont les suivantes :

- Chirurgie cardiaque ;
- Neurochirurgie ;
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
- Traitement des grands brûlés ;
- Greffe d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale.

Cette zone correspond à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Six zones de répartition sont retenues pour les autres activités de soins. 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 médicaux et de réadaptation ;
- Activité de médecine nucléaire ;
- Soins de longue durée ;
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ;
- Médecine d'urgence ;
- Soins critiques ;
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal ;
- Traitement du cancer ;
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- Hospitalisation à domicile ;
- Activité de radiologie interventionnelle.

Les zones retenues pour les équipements matériels lourds correspondent également aux six départements composant la région.

Les équipements matériels lourds concernés sont les suivants :

- les équipements d'imagerie en coupes suivants - appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale et scanographes à utilisation médicale - à l'exception de ceux exclusivement dédiés aux activités mentionnées aux 6°, 11°, 13° et 21° de l'article R. 6122-25 et ceux mentionnés au 2° de l'article R. 6123-93-3 du code de la santé publique¹ ;
- les caissons hyperbares ;
- les cyclotrons à utilisation médicale.

¹ Article R. 6122-25 du CSP : 6°) *Activité de médecine nucléaire ; 11°) Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ; 13°) Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ; 21°) Activité de radiologie interventionnelle.*

Article R. 6123-93-3 du CSP : « Le titulaire de l'autorisation de radiothérapie dispose sur le site : (...) 2° D'un plateau technique d'imagerie permettant d'assurer la préparation et les contrôles du traitement de radiothérapie par l'équipe de soins dédiée. Ce plateau d'imagerie dispose d'au-moins un scanner dédié. »

8.1 Médecine

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022).

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.

L'adaptation et la complémentarité de l'offre de soins en médecine s'inscrit dans l'amélioration des réponses aux besoins d'une spécificité territoriale ou populationnelle, sur un bassin de vie circonscrit, dans le cadre d'une organisation permettant la mutualisation des ressources et l'amélioration d'une filière spécifique.

Pour toute demande d'autorisation d'activité de médecine, la population prise en charge « adultes et/ou enfants et adolescents » devra être précisée.

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.

Conformément à l'article R. 6122-31-1 du code de la santé publique, le Directeur Général de l'ARS pourra accorder des autorisations dérogatoires, prévues à l'article L. 6122-9-1, à un ou plusieurs établissements de santé, avec effet immédiat et pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois pour moduler l'offre en cas de crise sanitaire.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Implantation de sept sites.

HAUTES-ALPES

Implantation de six sites dont :

- Un site permettant de répondre à un besoin de médecine de proximité (personnes âgées notamment) dans une zone géographique isolée.

ALPES-MARITIMES

Implantation de vingt-quatre sites.

BOUCHES-DU-RHONE

Implantation de quarante sites dont :

- un site situé dans un bassin de vie ne disposant pas d'une offre médicale permettant la prise en charge d'une population âgée, fragile et précaire susceptible d'entraîner des situations de renoncement aux soins ;
- un site disposant d'un projet médical centré sur la prise en charge de la santé de la femme dans le cadre d'une diversification de l'offre de soins (dépistage, endométriose, cancérologie, endocrinologie...).

VAR

Implantation de seize sites.

VAUCLUSE

Implantation de douze sites.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE MEDECINE		
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	7	7
HAUTES-ALPES	5	6
ALPES-MARITIMES	23	24**
BOUCHES-DU-RHONE	38*	40*
VAR	16*	16*
VAUCLUSE	12	12
TOTAL	101	105

* dont hôpital d'instruction des armées.

** dont régularisation +1 implantation pour une entité juridique qui dispose de deux entités de statuts juridiques différents pour la prise en charge de pathologies cardiaques sur la même parcelle.

8.2 Chirurgie

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022). L'arrêté du 29 décembre 2022 fixe la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique.

Adaptation et complémentarité de l'offre

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.

L'activité de soins de chirurgie prévue à l'article R. 6123-201 s'exerce selon les trois modalités suivantes :

- 1° L'activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes ;
- 2° L'activité de soins de chirurgie pédiatrique ;
- 3° L'activité de soins de chirurgie bariatrique.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Modalité adulte : implantation de trois sites.

Modalité pédiatrique : implantation de trois sites.

Modalité bariatrique : implantation d'un site.

HAUTES-ALPES

Modalité adulte : implantation de trois sites.

Modalité pédiatrique : implantation de trois sites.

Modalité bariatrique : implantation d'un site.

ALPES-MARITIMES

Modalité adulte : implantation de vingt sites.

Modalité pédiatrique : implantation de dix-huit sites.

Modalité bariatrique : implantation de huit sites.

BOUCHES-DU-RHONE

Modalité adulte : implantation de trente-trois sites.

Modalité pédiatrique : implantation de trente-et-un sites.

Modalité bariatrique : implantation de quinze sites.

VAR

Modalité adulte : implantation de dix-huit sites.

Modalité pédiatrique : implantation de dix-sept sites.

Modalité bariatrique : implantation de six sites.

VAUCLUSE

Modalité adulte : implantation de onze sites.

Modalité pédiatrique : implantation de onze sites.

Modalité bariatrique : implantation de trois sites.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

CHIRURGIE				
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE CHIRURGIE PAR MODALITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Chirurgie	3	Adulte	3
			Pédiatrique	3
			Bariatrique	1
HAUTES-ALPES	Chirurgie	3	Adulte	3
			Pédiatrique	3
			Bariatrique	1
ALPES-MARITIMES	Chirurgie	19	Adulte	20**
			Pédiatrique	18
			Bariatrique	8
BOUCHES-DU-RHONE	Chirurgie	33*	Adulte	33*
			Pédiatrique	31
			Bariatrique	15*
VAR	Chirurgie	18*	Adulte	18*
			Pédiatrique	17
			Bariatrique	6
VAUCLUSE	Chirurgie	12	Adulte	11
			Pédiatrique	11
			Bariatrique	3
TOTAL		88		205

* dont hôpital d'instruction des armées.

** dont régularisation :

- +1 implantation pour identifier un institut en raison de la nouvelle nomenclature visant à reconnaître les pratiques thérapeutiques spécifiques en chirurgie de l'adulte (l'entité juridique dispose de deux structures distinctes à proximité) ;
- +1 implantation pour une entité juridique qui dispose de deux entités de statuts juridiques différents pour la prise en charge de pathologies cardiaques sur la même parcelle.

8.3 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Adaptation et complémentarité de l'offre

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-RHONE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE, REANIMATION NEONATALE			
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	2	2
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	0	0
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	0	0
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	0	0
	Total implantations	2	2
HAUTES-ALPES	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	0	0
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	0	0
	Total implantations	2	2
ALPES-MARITIMES	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	3	3
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	1	1
	Total implantations	6	6
BOUCHES-DU-RHONE	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	4	4
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	4	4
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	3	3
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	2	2
	Total implantations	13	13
VAR	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	4	4
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	2	2
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	0	0
	Total implantations	7	7
VAUCLUSE	Gynécologie obstétrique (niveau 1)	4	4
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie sans soins intensifs (niveau 2A)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs (niveau 2B)	1	1
	Gynécologie obstétrique et néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (niveau 3)	0	0
	Total implantations	6	6

8.4 Psychiatrie

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 complété par le décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022).

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.

Dorénavant, la réforme des autorisations structure l'activité de psychiatrie en quatre mentions :

- **La mention « Psychiatrie de l'adulte »** comprenant les prises en charge de l'adulte ;
- **La mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »** comprenant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance jusqu'à 17 ans révolus ;
- **La mention « Psychiatrie périnatale »** comprenant les soins conjoints parents-bébés dès l'antéconceptionnel et le prénatal ;
- **La mention « Soins sans consentement »** comprenant les prises en charge visées aux chapitres II et III du titre I du livre II de la troisième partie du code de la santé publique.

Cette structuration est en rupture avec le paradigme antérieur car désormais les autorisations sont données par mention et non plus par formes de prise en charge.

Les établissements ont l'obligation de proposer les trois formes de prise en charge (hospitalisation à temps complet, à temps partiel et soins ambulatoires) sur site ou par convention avec un autre titulaire de l'autorisation de psychiatrie proche géographiquement.

La mention psychiatrie de l'adulte est nécessaire pour obtenir la mention soins sans consentement et prendre en charge des adultes en soins sans consentement. La mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est nécessaire pour obtenir la mention soins sans consentement et prendre en charge des mineurs en soins sans consentement (article R. 6123-200 du code de la santé publique).

La mention psychiatrie de l'adulte et la mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont nécessaires pour obtenir la mention psychiatrie périnatale, sauf dérogation pour un établissement autorisé en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » s'il conventionne avec un établissement autorisé pour la mention « psychiatrie de l'adulte » (article R. 6123-198 du code de la santé publique).

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont donc dorénavant définis par mention et plus par formes de prise en charge¹.

L'ordonnance du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds a supprimé le terme « d'hospitalisation à domicile » pour les soins psychiatriques. Cette modalité de prise en charge est désormais incluse dans les soins à domicile et donc dans les soins ambulatoires cités à l'article L. 3221-1-1 du CSP. Les soins ambulatoires en psychiatrie nécessitent que l'établissement soit autorisé en psychiatrie.

Pour rappel, **une autorisation est donnée pour un site géographique**. Les structures déployées sur le site géographique de l'établissement doivent être précisées dans le dossier de demande d'autorisation.

¹ Telles que définies dans l'article 1, désormais abrogé, de l'arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique et du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique (structures d'hospitalisation complète, structures d'hospitalisation de jour, structures d'hospitalisation de nuit, services de placement en accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de crise, centres de postcure psychiatrique).

Pour tenir compte des spécificités de la psychiatrie et notamment de l'importance de la dispensation des soins dans la cité dans un objectif de déstigmatisation, certains modes de prise en charge peuvent être déployés **en dehors du site géographique autorisé** (Cf. arrêté du 28 septembre 2022, modifié par l'arrêté du 2 mars 2023 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique¹). Les structures de prise en charge correspondantes et leurs adresses doivent être précisées dans le dossier de demande d'autorisation. Ces structures ont le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) juridique de l'établissement autorisé et un FINESS géographique propre, excepté pour les soins à domicile, les accueils familiaux thérapeutiques et les appartements thérapeutiques.

L'arrêté du 28 septembre 2022 (modifié par arrêté du 2 mars 2023) fixe 13 modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé. S'ils ne sont pas traduits en implantations dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins, ils sont néanmoins soumis à une procédure administrative spécifique nécessitant l'accord du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé. En effet, toute création de structure ou modification des conditions d'exécution de l'autorisation (déménagement, évolution capacitaire, transformation des locaux, modification des conditions de fonctionnement, etc.) doit faire l'objet, en amont, de la transmission à l'ARS de documents afférents au projet.

Ce projet est soumis à l'appréciation et à l'accord du Directeur général de l'ARS qui examine la demande au regard de la réglementation, notamment l'article D. 6122-38 du code de la santé publique. Il précise au promoteur les suites données à sa requête et les procédures administratives à suivre au regard de la situation spécifique.

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 de l'adulte

En raison du taux d'équipement actuel supérieur au taux d'équipement national, il n'est pas envisagé d'implantation supplémentaire de novo sur cette mention. Les structures sont invitées à contrôler leur durée moyenne annuelle de prise en charge pour éviter l'écueil de l'institutionnalisation.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

En termes d'adaptation de l'offre, il apparaît fondamental d'élargir l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la mesure où la demande s'est largement accrue ces dernières années, notamment dans les suites de la pandémie de Covid-19. En effet, à défaut de places suffisantes en hospitalisation complète pour les enfants et adolescents, des prises en charge en pédiatrie inadaptées à l'état du patient sont susceptibles d'être réalisées.

Par rapport à l'offre existante à l'issue du SRS-PRS 2018-2023, sont introduites les implantations supplémentaires suivantes au regard de la nouvelle nomenclature :

- une implantation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence pour un projet d'hospitalisation complète ;
- une implantation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur la zone des Alpes-Maritimes ;
- deux implantations de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur la zone des Bouches-du-Rhône.

Soins sans consentement

La démarche actuelle est de limiter ces mesures de privation de liberté dans la mesure du possible. Cependant, la demande ne fléchit pas du fait notamment de l'augmentation de la population carcérale dans la région. En effet, il s'agit d'une population dont la prévalence des troubles psychiatriques est supérieure à la population générale et qui fait fréquemment l'objet de soins psychiatriques sans consentement².

¹ Les centres d'accueil permanent, les centres de crise, les appartements thérapeutiques, les accueils familiaux thérapeutiques, les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les soins à domicile, les hôpitaux de jour, les centres de post-cure, les unités hospitalières spécialement aménagées, les services médico-psychologiques régionaux, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire et les unités pour malades difficiles.

² Fovet T et al. (2020), Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*, 63 (1) e43, 1-7.

L'offre de soins sans consentement ne faisait pas l'objet d'une reconnaissance formelle, en tant que mention à part entière, dans la nomenclature des autorisations de psychiatrie (introduction opérée par la réforme des autorisations sanitaires).

Par rapport à l'offre existante à l'issue du SRS-PRS 2018-2023, sont introduites les implantations supplémentaires suivantes au regard de la nouvelle nomenclature :

- une implantation de soins sans consentement sur la zone des Hautes-Alpes ;
- une implantation de soins sans consentement sur la zone des Alpes-Maritimes pour un projet de prise en charge enfants et adolescents ;
- une implantation de soins sans consentement sur la zone des Bouches-du-Rhône.

Psychiatrie périnatale

Cette mention est nouvelle. La mention « psychiatrie de l'adulte » et la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » sont nécessaires pour obtenir la mention « psychiatrie périnatale », sauf dérogation pour un établissement autorisé en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » qui conventionnerait avec un établissement autorisé pour la mention « psychiatrie de l'adulte ». Il s'agit de formaliser une offre graduée (maillage d'équipes mobiles, capacités d'hospitalisation de jour, unités de soins parents-bébé), à savoir développer l'offre d'équipe mobile sur les territoires non couverts et développer l'offre en hospitalisation de jour sur les principaux centres.

Le déploiement de l'offre de psychiatrie en périnatalité constitue la mesure 10 des Assises de la santé mentale de la psychiatrie.

Par rapport à l'offre existante à l'issue du SRS-PRS 2018-2023, sont introduites les implantations supplémentaires suivantes au regard de la nouvelle nomenclature :

- une implantation de psychiatrie périnatale sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence ;
- une implantation de psychiatrie périnatale sur les Hautes-Alpes ;
- une implantation de psychiatrie périnatale sur la zone du Vaucluse préférentiellement pour un projet de prise en charge en hospitalisation complète.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Psychiatrie de l'adulte : implantation d'un site.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation d'un site.

Psychiatrie périnatale : implantation d'un site.

Soins sans consentement : implantation d'un site.

HAUTES-ALPES

Psychiatrie de l'adulte : implantation de quatre sites.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation de deux sites.

Psychiatrie périnatale : implantation d'un site.

Soins sans consentement : implantation de deux sites.

ALPES-MARITIMES

Psychiatrie de l'adulte : implantation de douze sites.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation de quatre sites.

Psychiatrie périnatale : implantation de trois sites.

Soins sans consentement : implantation de six sites dont :

- un site dont le projet médical vise à la prise en charge des soins sans consentement des enfants et des adolescents.

BOUCHES-DU-RHONE

Psychiatrie de l'adulte : implantation de vingt-trois sites.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation de quatorze sites dont :

- un site dont le projet médical vise à un partenariat en lien avec la prise en charge des urgences pédiatriques ;
- un site dont le projet médical vise à une prise en charge en hospitalisation complète.

Psychiatrie périnatale : implantation de six sites.

Soins sans consentement : implantation de huit sites.

VAR

Psychiatrie de l'adulte : implantation de douze sites.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation de trois sites.

Psychiatrie périnatale : implantation de trois sites.

Soins sans consentement : implantation de cinq sites.

VAUCLUSE

Psychiatrie de l'adulte : implantation de quatre sites.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : implantation d'un site.

Psychiatrie périnatale : implantation d'un site dont le projet médical vise préférentiellement à une prise en charge en hospitalisation complète.

Soins sans consentement : implantation d'un site.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE PSYCHIATRIE											
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE PSYCHIATRIE	IMPLANTATIONS 2023								IMPLANTATIONS 2028	
		Structures d'hospitalisation complète	Structures d'hospitalisation de jour	Structures d'hospitalisation de nuit	Services de placement familial thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centres de crise	Centres de posture psychiatrique	Total	ACTIVITE PAR MENTION	
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Psychiatrie générale	1	5	1	1	1	0	0	9	Psychiatrie de l'adulte	1
	Psychiatrie infanto-juvénile	0	4	0	1	0	0	0	5	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
										Psychiatrie périnatale	1
										Soins sans consentement	1
TOTAL DES IMPLANTATIONS		1	9	1	2	1	0	0	14	Total	4
HAUTES-ALPES	Psychiatrie générale	4	4	2	1	2	0	0	13	Psychiatrie de l'adulte	4
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	4	0	1	0	0	0	7	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
										Psychiatrie périnatale	1
										Soins sans consentement	2
TOTAL DES IMPLANTATIONS		6	8	2	2	2	0	0	20	Total	9

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE PSYCHIATRIE											
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE PSYCHIATRIE	IMPLANTATIONS 2023								IMPLANTATIONS 2028	
		Structures d'hospitalisation complète	Structures d'hospitalisation de jour	Structures d'hospitalisation de nuit	Services de placement familial thérapeutique	Appariements thérapeutiques	Centres de crise	Centres de posture psychiatrique	Total	ACTIVITE PAR MENTION	
ALPES-MARITIMES	Psychiatrie générale	10	21	3	1	1	0	0	36	Psychiatrie de l'adulte	12
	Psychiatrie infanto-juvénile	1	10	0	0	0	0	0	11	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4
										Psychiatrie périnatale	3
										Soins sans consentement	6
TOTAL DES IMPLANTATIONS		11	31	3	1	1	0	0	47	Total	25
BOUCHES-DU-RHONE	Psychiatrie générale	23*	39*	12	5	2	1	0	82	Psychiatrie de l'adulte	23*
	Psychiatrie infanto-juvénile	7	20	2	4	0	0	0	33	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	14
										Psychiatrie périnatale	6
										Soins sans consentement	8
TOTAL DES IMPLANTATIONS		30	59	14	9	2	1	0	115	Total	51

* dont hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE PSYCHIATRIE											
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	Activité de psychiatrie	IMPLANTATIONS 2023								IMPLANTATIONS 2028	
		Structures d'hospitalisation complète	Structures d'hospitalisation de jour	Structures d'hospitalisation de nuit	Services de placement familial thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centres de crise	Centres de posture psychiatrique	Total	ACTIVITE PAR MENTION	
VAR	Psychiatrie générale	13*	19	7	1	1	0	0	41	Psychiatrie de l'adulte	12*
	Psychiatrie infanto-juvénile	3	9	0	2	0	0	0	14	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3
										Psychiatrie périnatale	3
										Soins sans consentement	5
TOTAL DES IMPLANTATIONS		16	28	7	3	1	0	0	55	Total	23
VAUCLUSE	Psychiatrie générale	3	18	1	1	1	0	0	24	Psychiatrie de l'adulte	4**
	Psychiatrie infanto-juvénile	1	7	0	1	0	0	0	9	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
										Psychiatrie périnatale	1
										Soins sans consentement	1
TOTAL DES IMPLANTATIONS		4	25	1	2	1	0	0	33	Total	7

* dont hôpital d'instruction des armées.

** dont le titulaire de l'autorisation est également implanté dans la zone des Bouches-du-Rhône.

8.5 Soins médicaux et de réadaptation

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-24 du 11 janvier 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 et décret n°2022-382 du 16 mars 2022).

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 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 regroupée 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.

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins sur la période de cinq années. L'évolution inscrite ci-après doit se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période. Une attention particulière sera portée à l'équilibre du maillage territorial par mention sur chaque zone du schéma pour permettre l'accessibilité géographique dans une logique de proximité afin de répondre aux besoins des usagers.

L'article R.6123-121 du CSP indique que l'autorisation de SMR est exercée suivant différentes modalités et mentions précisées par la réglementation. L'autorisation donnée à l'établissement d'exercer l'activité de SMR doit systématiquement préciser la ou les mention(s) autorisées.

Les décrets réglementant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement à partir du 1^{er} juin 2023 établissent la pédiatrie en tant que modalité, déclinée en deux mentions distinctes dans une logique de gradation (mention « jeunes enfants, enfants et adolescents » et « mention « enfants et adolescents »)

Conformément à l'instruction ministérielle n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation, les SMR exclusivement pédiatriques se verront attribuer uniquement l'une des deux mentions de la modalité « pédiatrie ». En effet, afin de maintenir la visibilité et l'offre pédiatrique actuelle et son inscription éventuelle dans des filières spécifiques, les autorisations pédiatriques seront complétées par des reconnaissances contractuelles au sein des CPOM des établissements.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Il est procédé à la suppression d'un site de prise en charge des mineurs en raison d'une très faible activité en hospitalisation à temps partiel, dédiée essentiellement à des mineurs proches de la majorité.

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone des Alpes-de-Haute Provence (10 structures) est suffisant pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Ainsi, il n'est pas prévu d'implanter des établissements supplémentaires mais de diversifier leur offre.

Mention polyvalent :

implantation de dix sites.

Mention locomoteur :

implantation de trois sites.

Mention système nerveux :

implantation de deux sites.

Mention gériatrie :

implantation de quatre sites dont :

- deux sites dans le cadre d'un projet médical concerté avec les acteurs et inscrit dans la filière gériatrique du territoire.

HAUTES-ALPES

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 d'activité d'hospitalisation à temps complet d'un établissement via le regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proches. Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins sur ce territoire.

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone des Hautes-Alpes (10 structures accueillant des adultes qui aboutiront, à terme, à 9 implantées après regroupement ainsi qu'une structure pédiatrique) est suffisant pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Ainsi, il n'est pas prévu d'implanter des établissements supplémentaires mais de diversifier leur offre.

Mention polyvalent :

Implantation de dix sites dont :

- deux sites présentant un projet de regroupement qui sera mis en œuvre en cours de schéma et aboutira à la suppression d'un site.

Mention locomoteur :

Implantation de deux sites.

Mention cardio-vasculaire :

Implantation de deux sites.

Mention système nerveux :

Implantation d'un site.

Mention pneumologie

Implantation de deux sites.

Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Implantation d'un site.

Mention conduites addictives

Implantation d'un site.

Mention gériatrie

Implantation de trois sites.

Modalité pédiatrie – mention enfants et adolescents

Implantation d'un site.

ALPES-MARITIMES

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone des Alpes-Maritimes (33 structures accueillant des adultes et 2 structures pédiatriques) est pertinent pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Cependant, il est prévu de créer un nouvel établissement SMR pédiatrique pour améliorer la réponse aux besoins de santé d'une agglomération de forte densité.

Mention polyvalent :

Implantation de trente-trois sites.

Mention locomoteur :

Implantation de cinq sites.

Mention cardio-vasculaire :

Implantation de quatre sites dont :

- deux mentions implantées préférentiellement sur une/des commune(s) à très forte densité.

Mention système nerveux :

Implantation de quatre sites.

Mention pneumologie

Implantation d'un site.

Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Implantation de trois sites.

Mention conduites addictives

Implantation d'un site.

Mention gériatrie

Implantation de onze sites dont :

- un site dans le cadre d'un projet médical concerté, inscrit dans la filière gériatrique du territoire visant à réduire les inégalités territoriales de santé.

Modalité cancers – mention oncologie et hématologie

Implantation d'un site.

Modalité cancers – mention oncologie

Implantation de deux sites préférentiellement sur des établissements ayant une expérience significative sur ce type de prise en charge.

Modalité pédiatrie – mention jeunes enfants, enfants et adolescents

Implantation d'un site pour répondre aux besoins de santé d'une agglomération à forte densité.

Modalité pédiatrie – mention enfants et adolescents

Implantation de deux sites.

BOUCHES-DU-RHONE

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone des Bouches-du-Rhône (53 structures accueillant des adultes, 1 structure accueillant des adultes et des enfants et 3 structures pédiatriques) est pertinent pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Cependant, il est prévu de créer un nouvel établissement SMR pédiatrique pour renforcer notamment la réponse aux besoins de santé des enfants et adolescents d'une agglomération de forte densité.

Mention polyvalent

Implantation de cinquante-quatre sites.

Mention locomoteur

Implantation de dix-sept sites.

Mention cardio-vasculaire

Implantation de huit sites dont :

- un site dans un secteur non pourvu d'offre accessible en proximité, au sein d'une agglomération de forte densité, afin de réduire les inégalités territoriales de santé.

Mention système nerveux

Implantation de dix sites.

Mention pneumologie

Implantation de trois sites.

Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Implantation de six sites.

Mention conduites addictives

Implantation de trois sites.

Mention gériatrie

Implantation de quinze sites dont :

- un site dans le cadre d'un projet médical concerté intégré dans une filière gériatrique complète et structurée.

Modalité cancer, mention oncologie et hématologie

Implantation de deux sites.

Modalité cancer, mention oncologie

Implantation de deux sites préférentiellement sur des établissements ayant une expérience significative sur ce type de prise en charge et permettant un maillage territorial équilibré de la zone du schéma, dans une logique d'accessibilité géographique.

Modalité pédiatrie, mention jeunes enfants, enfants et adolescents

Implantation de deux sites préférentiellement sur des établissements ayant une expérience significative sur ce type de prise en charge.

Modalité pédiatrie, mention enfants et adolescents

Implantation de trois sites dont :

- un site dans une agglomération à forte densité.

VAR

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone du Var (25 structures accueillant des adultes dont 3 assurant également une prise en charge pédiatrique) est pertinent pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Ainsi, il n'est pas prévu d'implanter des établissements supplémentaires mais de diversifier leur offre.

Mention polyvalent

Implantation de vingt-cinq sites.

Mention locomoteur

Implantation de huit sites.

Mention cardio-vasculaire

Implantation de trois sites.

Mention système nerveux

Implantation de sept sites dont :

- un site autorisé pour répondre à des besoins spécifiques nécessitant une prise en charge sanitaire complexe ;
- un site implanté dans un bassin de santé où l'offre neurologique en SMR n'est pas accessible afin de répondre au besoin de proximité.

Mention pneumologie

Implantation d'un site.

Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Implantation d'un site.

Mention brûlés

Implantation d'un site.

Mention conduites addictives

Implantation d'un site.

Mention gériatrie

Implantation de neuf sites.

Modalité « cancers », mention oncologie

Implantation d'un site préférentiellement sur un établissement ayant une expérience significative sur ce type de prise en charge.

Modalité pédiatrie, mention jeunes enfants, enfants et adolescents

Implantation de deux sites.

Modalité pédiatrie, mention enfants et adolescents

Implantation d'un site.

VAUCLUSE

Le nombre d'établissements SMR implantés sur la zone du Vaucluse (15 structures accueillant des adultes) est pertinent pour répondre au maillage territorial et à l'accessibilité géographique. Ainsi, il n'est pas prévu d'implanter des établissements supplémentaires mais de diversifier leur offre.

Mention polyvalent

Implantation de seize sites dont :

- un site ayant vocation à s'inscrire dans un projet de regroupement avec un autre site en cours de schéma régional de santé et qui aboutira, à terme, à la suppression d'un site.

Mention locomoteur

Implantation de quatre sites.

Mention cardio-vasculaire

Implantation d'un site.

Mention système nerveux

Implantation de trois sites.

Mention pneumologie

Implantation de deux sites dont :

- un site dans une agglomération de forte densité.

Mention conduites addictives

Implantation d'un site.

Mention gériatrie

Implantation de sept sites.

Modalité cancers, mention oncologie

Implantation d'un site.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Prise en charge non spécialisée – public adulte	10	Mention « Polyvalent »	10
	Affections de l'appareil locomoteur	3	Mention « Locomoteur »	3
	Affections cardio-vasculaires	0	Mention « Cardio-vasculaire »	0
	Affections du système nerveux	1	Mention « Système nerveux »	2
	Affections respiratoires	0	Mention « Pneumologie »	0
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0
	Affections des brûlés	0	Mention « Brûlés »	0
	Affections liées aux conduites addictives	0	Mention « Conduites addictives »	0
	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	Mention « Gériatrie »	4
	Affections onco-hématologiques	0	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie »	0
	TOTAL	16	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	19
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	0	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	0
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	TOTAL	0		
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents		Prise en charge des mineurs de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	1	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	0
	Affections de l'appareil locomoteur	1		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
Affections liées aux conduites addictives	0			
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	2	TOTAL	0	

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
HAUTES-ALPES	ADULTES		ADULTES	
	Prise en charge non spécialisée – public adulte	10	Mention « Polyvalent »	9
	Affections de l'appareil locomoteur	2	Mention « Locomoteur »	2
	Affections cardio-vasculaires	2	Mention « Cardio-vasculaire »	2
	Affections du système nerveux	1	Mention « Système nerveux »	1
	Affections respiratoires	2	Mention « Pneumologie »	2
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1
	Affections des brûlés	0	Mention « Brûlés »	0
	Affections liées aux conduites addictives	1	Mention « Conduites addictives »	1
	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	Mention « Gériatrie »	3
	Affections onco-hématologiques	0	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie »	0
TOTAL	22	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	21	
HAUTES-ALPES	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	0	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	0
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents			
	Prise en charge non spécialisée	1	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	1
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	1		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
Affections liées aux conduites addictives	0			
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	2		1	

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	ADULTES		ADULTES	
	Prise en charge non spécialisée – public adulte	32	Mention « Polyvalent »	33
	Affections de l'appareil locomoteur	5	Mention « Locomoteur »	5
	Affections cardio-vasculaires	2	Mention « Cardio-vasculaire »	4
	Affections du système nerveux	3	Mention « Système nerveux »	4
	Affections respiratoires	1	Mention « Pneumologie »	1
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	3	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	3
	Affections des brûlés	0	Mention « Brûlés »	0
	Affections liées aux conduites addictives	1	Mention « Conduites addictives »	1
	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	9	Mention « Gériatrie »	11
	Affections onco-hématologiques	1	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie »	1
		Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	2	
TOTAL	57		65	
ALPES-MARITIMES	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	0	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	1
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	TOTAL	0		1
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents		Prise en charge des mineurs de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	2	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	2
	Affections de l'appareil locomoteur	1		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	1		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	1		
Affections des brûlés	0			
Affections liées aux conduites addictives	0			
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	5		3	

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
BOUCHES-DU-RHONE	ADULTES		ADULTES	
	Prise en charge non spécialisée – public adulte	54*	Mention « Polyvalent »	54*
	Affections de l'appareil locomoteur	17*	Mention « Locomoteur »	17*
	Affections cardio-vasculaires	7*	Mention « Cardio-vasculaire »	8*
	Affections du système nerveux	10*	Mention « Système nerveux »	10*
	Affections respiratoires	3*	Mention « Pneumologie »	3*
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	6	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	6
	Affections des brûlés	0	Mention « Brûlés »	0
	Affections liées aux conduites addictives	2	Mention « Conduites addictives »	3
	Affections de la personne âgée polyathologique, dépendante ou à risque de dépendance	14	Mention « Gériatrie »	15
	Affections onco-hématologiques	2	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie » Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	2 2
TOTAL	115		120	
BOUCHES-DU-RHONE	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	2	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	2
	Affections de l'appareil locomoteur	1		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	1		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents		Prise en charge des mineurs de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	4	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	3
	Affections de l'appareil locomoteur	2		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	2		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	2		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	15		5	

* dont hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
VAR	ADULTES		ADULTES	
	Prise en charge non spécialisée – public adulte	25	Mention « Polyvalent »	25
	Affections de l'appareil locomoteur	8	Mention « Locomoteur »	8
	Affections cardio-vasculaires	3	Mention « Cardio-vasculaire »	3
	Affections du système nerveux	5	Mention « Système nerveux »	7
	Affections respiratoires	1	Mention « Pneumologie »	1
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1
	Affections des brûlés	1	Mention « Brûlés »	1
	Affections liées aux conduites addictives	1	Mention « Conduites addictives »	1
	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	9	Mention « Gériatrie »	9
	Affections onco-hématologiques	0	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie »	0
	TOTAL	54	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	57
VAR	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	3	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	2
	Affections de l'appareil locomoteur	1		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	2		
	Affections respiratoires	1		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1		
	Affections des brûlés	1		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents			
	Prise en charge non spécialisée	3	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	1
	Affections de l'appareil locomoteur	1		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	3		
	Affections respiratoires	1		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	1		
	Affections des brûlés	1		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	19		3	

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)		ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	
	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	ADULTES		ADULTES	
	Prise en charge non spécialisée – public adulte	16	Mention « Polyvalent »	15
	Affections de l'appareil locomoteur	4	Mention « Locomoteur »	4
	Affections cardio-vasculaires	1	Mention « Cardio-vasculaire »	1
	Affections du système nerveux	3	Mention « Système nerveux »	3
	Affections respiratoires	1	Mention « Pneumologie »	2
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	Mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0
	Affections des brûlés	0	Mention « Brûlés »	0
	Affections liées aux conduites addictives	1	Mention « Conduites addictives »	1
	Affections de la personne âgée polyathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	Mention « Gériatrie »	7
	Affections onco-hématologiques	0	Modalité « Cancers » Mention « Oncologie et hématologie »	0
		Modalité « Cancers » Mention « Oncologie »	1	
TOTAL	32		34	
VAUCLUSE	MINEURS		MINEURS	
	Prise en charge enfants de moins de 6 ans		Prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	0	Modalité « Pédiatrie » Mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents »	0
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
	Affections liées aux conduites addictives	0		
	Affections onco-hématologiques	0		
	TOTAL	0		
	Prise en charge enfants de plus de 6 ans ou les adolescents		Prise en charge des mineurs de 4 ans et plus	
	Prise en charge non spécialisée	0	Modalité « Pédiatrie » Mention « Enfants et adolescents »	0
	Affections de l'appareil locomoteur	0		
	Affections cardio-vasculaires	0		
	Affections du système nerveux	0		
	Affections respiratoires	0		
	Affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien	0		
	Affections des brûlés	0		
Affections liées aux conduites addictives	0			
Affections onco-hématologiques	0			
TOTAL	0			

8.6 Médecine nucléaire

La reconnaissance de l'activité de médecine nucléaire comme une activité de soins soumise à autorisation permet de mieux encadrer la pratique de cette activité.

La réforme du régime d'autorisation des activités de soins a créé des conditions d'implantation (décrets n°2021-1930 du 30 décembre 2021 et décret n°2021-1930 du 30 décembre 2021) et des conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-114 du 1^{er} février 2022) que les titulaires d'autorisation doivent satisfaire pour être autorisés à pratiquer ces activités. L'arrêté du 1^{er} février 2022 fixe pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du code de la santé publique.

Création et complémentarité de l'offre

En droit des autorisations sanitaires, la médecine nucléaire n'était jusqu'à présent abordée qu'à travers l'utilisation d'équipements matériels lourds (EML) spécifiques : la tomographie d'émission monophotonique (TEMP) et la tomographie par émission de positons (TEP), éventuellement couplées à d'autres systèmes d'imagerie. Cette approche administrative d'autorisation par équipement ne convient plus et constitue un frein à un raisonnement en « plateau de médecine nucléaire ».

De plus, l'évolution de cette spécialité intégrant l'utilisation de nouveaux médicaments radiopharmaceutiques de plus en plus ciblés à visée thérapeutique, en particulier en cancérologie, implique une organisation de l'offre de soins que ne permet pas une autorisation par équipement. Cette autorisation en activité de soins permettra aux professionnels de la médecine nucléaire de mettre en avant l'approche « parcours » des prises en charge dans **laquelle s'inscrit cette discipline**.

Ainsi, pour répondre à l'objectif principal de cette réforme, qui est de renforcer la sécurité et la qualité des soins dispensés au sein des services de médecine nucléaire, l'autorisation d'EML est remplacée par une autorisation d'activité de soins de médecine nucléaire, avec mise en place d'une gradation.

L'activité de médecine nucléaire consiste en l'utilisation dans un but diagnostique ou thérapeutique d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission de positons (TEP) ou à tomographie d'émission mono photonique (TEMP) pouvant intégrer d'autres systèmes d'imagerie.

En termes de risques, l'utilisation des médicaments radiopharmaceutiques entraîne des contraintes d'utilisation particulières. Ainsi, pour structurer et renforcer la sécurité et la qualité des soins au sein des services de médecine nucléaire, une gradation en deux niveaux est introduite :

- **Mention « A »**, lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques prêts à l'emploi ou préparés conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;
- **Mention « B »**, lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés en mention A, les actes suivants :
 - Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques préparés selon un procédé aseptique en système ouvert ;
 - Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
 - Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
 - Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques.

La gradation est **proportionnée au niveau de risque de l'utilisation du MRP** utilisé pour des examens diagnostiques et pour le traitement de pathologies bénignes et malignes, et corrélée à un contrôle radiopharmaceutique adapté.

Conformément à la réglementation, chaque autorisation de médecine nucléaire octroyée par le Directeur Général de l'ARS sera délivrée pour un plateau allant jusqu'à trois équipements avec mixité, ce seuil est fixé par arrêté national et correspond au nombre d'équipements composant le plateau socle. Au-delà du seuil, l'acquisition d'un ou plusieurs équipements supplémentaires devra être justifiée auprès de l'ARS qui examinera la demande au regard de critères fixés dans le décret relatif aux conditions d'implantation (volume des actes, spécialisation de l'activité ou situation territoriale). Dans tous les cas, l'acquisition d'un EML supplémentaire devra répondre à l'exigence de mixité (TEMP et TEP) sur un site géographique. Le plafond, fixé à 9 pour les appareils de tomographie d'émission monophonique (TEMP) et tomographie par émission de positons (TEP), correspond au nombre maximum d'équipements que peut détenir un titulaire d'autorisation sur un site géographique.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Pas de site de médecine nucléaire.

HAUTES-ALPES

Implantation d'un site de médecine nucléaire de mention A.

ALPES-MARITIMES

Implantation de trois sites de médecine nucléaire de mention A.

Implantation de deux sites de médecine nucléaire de mention B.

BOUCHES-DU-RHONE

Implantation de trois sites de médecine nucléaire de mention A.

Implantation de trois sites de médecine nucléaire de mention B.

VAR

Implantation de deux sites de médecine nucléaire de mention A.

Implantation d'un site de médecine nucléaire de mention B.

VAUCLUSE

Implantation d'un site de médecine nucléaire de mention B.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Tous les titulaires d'autorisation des équipements matériels lourds ci-dessous en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SRS	Equipements matériels lourds - Caméras à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence		Equipements matériels lourds - Tomographe à émission de positons		Activité de médecine nucléaire		
	IMPLANTATIONS 2023	NOMBRE D'APPAREILS 2023	IMPLANTATIONS 2023	NOMBRE D'APPAREILS 2023	ACTIVITE	MENTION A 2028	MENTION B 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	0	0	0	0	Médecine nucléaire	0	0
HAUTES-ALPES	1	1	1	1	Médecine nucléaire	1	0
ALPES-MARITIMES	4	10	3	5	Médecine nucléaire	3	2
BOUCHES-DU-RHONE	6	18	6	9	Médecine nucléaire	3	3
VAR	3*	7*	2*	3*	Médecine nucléaire	2*	1
VAUCLUSE	1	3	1	1	Médecine nucléaire	0	1
TOTAL	15	39	13	19		9	7

* dont hôpital d'instruction des armées.

8.7 Soins de longue durée

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le nombre de structures autorisées est maintenu avec des établissements qui ont vocation à mettre en œuvre leur autorisation ou à procéder à une restructuration, permettant ainsi de faire évoluer à la hausse l'offre régionale en cours de schéma pour répondre aux besoins de santé.

Lorsque la cessation de l'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

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHONE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

ACTIVITE DE SOINS DE LONGUE DUREE			
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Soins de longue durée	2	2
HAUTES-ALPES	Soins de longue durée	4	4
ALPES-MARITIMES	Soins de longue durée	9	9
BOUCHES-DU-RHONE	Soins de longue durée	13	13
VAR	Soins de longue durée	11	11
VAUCLUSE	Soins de longue durée	6	6
TOTAL		45	45

8.8.1 Greffes d'organes

à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais la greffe d'organes dans le schéma régional de santé.

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 SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins sur la période de cinq années. L'évolution inscrit ci-après doit se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

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.

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Activité de greffe de rein : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de pancréas : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de rein-pancréas : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de foie : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe d'intestin : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de cœur : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de poumon : maintien de la situation actuelle.

Activité de greffe de cœur-poumon : maintien de la situation actuelle.

La réalisation de greffe d'îlots de Langerhans répond à un besoin de santé spécifique en région. Cette activité dépend d'une procédure dédiée, non liée aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (art. L. 1151-1 du code de la santé publique).

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

ACTIVITE DE GREFFE DE REIN			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de rein Enfants	1	1
	Greffe de rein Adultes	2	2
	Greffe de rein Enfants et Adultes	0	0
	TOTAL	3	3

ACTIVITE DE GREFFE DE PANCREAS			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de pancréas Enfants	0	0
	Greffe de pancréas Adulte	0	0
	Greffe de pancréas Enfants et Adultes	0	0
	TOTAL	0	0

ACTIVITE DE GREFFE DE REIN-PANCREAS			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de rein-pancréas Enfants	0	0
	Greffe de rein-pancréas Adultes	0	0
	Greffe de rein-pancréas Enfants et adultes	0	0
	TOTAL	0	0

ACTIVITE DE GREFFE DE FOIE			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de foie Enfants	1	1
	Greffe de foie Adultes	2	2
	Greffe de foie Enfants et Adultes	0	0
	TOTAL	3	3

ACTIVITE DE GREFFE D'INTESTIN			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Greffe d'intestin Enfants	0	0
	Greffe d'intestin Adultes	0	0
	Greffe d'intestin Enfants et Adultes	0	0
	TOTAL	0	0

ACTIVITE DE GREFFE DE CŒUR			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de cœur Enfants	0	0
	Greffe de cœur Adultes	0	0
	Greffe de cœur Enfants et Adultes	1	1
	TOTAL	1	1

ACTIVITE DE GREFFE DE POUMON			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de poumon Enfants	1	1
	Greffe de poumon Adultes	1	1
	Greffe de poumon Enfants et adultes	0	0
	TOTAL	2	2

ACTIVITE DE GREFFE DE CŒUR-POUMON			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de cœur-poumons Enfants	0	0
	Greffe de cœur-poumons Adultes	0	0
	Greffe de cœur-poumons Enfants et Adultes	1	1
	TOTAL	1	1

8.8.2 Greffes de cellules souches hématopoïétiques

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais **la greffe de cellules souches hématopoïétiques** dans le schéma régional de santé.

PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR

Greffe de cellules hématopoïétiques – Enfants : maintien de la situation actuelle.

Greffe de cellules hématopoïétiques – Adultes : maintien de la situation actuelle.

Greffe de cellules hématopoïétiques – Enfants et adultes : maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

ACTIVITE DE GREFFE DE CELLULES HEMATOPOÏÉTIQUES - ALLOGREFFE			
ZONE DU SRS	ACTIVITE / PUBLIC	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Greffe de cellules hématopoïétiques Enfants	1	1
	Greffe de cellules hématopoïétiques Adultes	2	2
	Greffe de cellules hématopoïétiques Enfants et Adultes	0	0
	TOTAL	3	3

8.9 Traitement des grands brûlés

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais l'**activité de traitement des grands brûlés** dans le schéma régional de santé.

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

ACTIVITE DE TRAITEMENT DES GRANDS BRULES			
ZONE DU SRS	MODALITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Traitement des grands brûlés Enfants	0	0
	Traitement des grands brûlés Adultes	1*	1*
	Traitement des grands brûlés Enfants et adultes	1	1
TOTAL		2*	2*

* Dont hôpital d'instruction des armées.

8.10 Chirurgie cardiaque

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais la **chirurgie cardiaque** dans le schéma régional de santé.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022).

Adaptation et complémentarité de l'offre

Lorsque la cessation d'une activité de chirurgie cardiaque 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.

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE CHIRURGIE CARDIAQUE				
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Chirurgie cardiaque adulte	4	Chirurgie cardiaque Modalité « Adulte »	4
	Chirurgie cardiaque pédiatrique	1	Chirurgie cardiaque Modalité « Pédiatrique »	1
	TOTAL	5	TOTAL	5

8.11 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-380 du 16 mars 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-382 du 16 mars 2022). L'arrêté du 16 mars 2022 fixe le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique.

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

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A

Implantation d'un site.

HAUTES-ALPES

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A.

Implantation d'un site.

ALPES-MARITIMES

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A

Implantation de deux sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention C

Implantation de quatre sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention D

Implantation d'un site.

Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Implantation de cinq sites.

BOUCHES-DU-RHONE

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A

Implantation de sept sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention C

Implantation de trois sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention D

Implantation de trois sites.

Modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie en mention A

Implantation d'un site.

Modalité cardiopathies congénitales hors rythmologie en mention B

Implantation d'un site.

Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte
Implantation de dix sites.

VAR

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A
Implantation de deux sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention B
Implantation d'un site.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention C
Implantation de deux sites.

Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte
Implantation de quatre sites.

VAUCLUSE

Modalité rythmologie interventionnelle en mention A
Implantation de deux sites.

Modalité rythmologie interventionnelle en mention C
Implantation de deux sites.

Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte
Implantation de deux sites.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPOLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Actes électrophysiologiques 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	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	0
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
				Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	0
TOTAL		0		TOTAL	1

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
HAUTES-ALPES	Actes électrophysiologiques 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	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	0
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
				Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	0	
TOTAL		0		TOTAL	1

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPOLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	Actes électrophysiologiques 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	5	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	4
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	1
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
				Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	5	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	5
TOTAL		10		TOTAL	12

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
BOUCHES-DU-RHONE	Actes électrophysiologiques 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	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	7*
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	3
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	3
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	1
				Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	1
Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	10	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	10	
TOTAL		17		TOTAL	25

* dont hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPOLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
VAR	Actes électrophysiologiques 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*	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1*
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	2
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire				0	
Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	4*	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	4*	
	TOTAL	7		TOTAL	9

* dont hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE			ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE		
ZONE DU SRS	TYPLOGIE DES ACTES	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE DE L'ACTIVITE	MENTION DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	Actes électrophysiologiques 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	Modalité Rythmologie interventionnelle	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
				Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
				Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	2
				Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Actes 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	Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire				0	
Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	/	2	
	TOTAL	4		TOTAL	6

8.12 Neurochirurgie

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais l'activité de **neurochirurgie** dans le schéma régional de santé.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022).

L'activité minimale annuelle de neurochirurgie mentionnée à l'article R. 6123-103 du code de la santé publique est fixée par site, pour la neurochirurgie adulte, à 100 interventions portant sur la sphère crânio-encéphalique.

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.

L'activité de soins de neurochirurgie comprend « la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discole, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques ».

Si l'activité se limite aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discole et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière, l'autorisation d'activité de soins de chirurgie suffit.

La neurochirurgie fonctionnelle cérébrale, la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques et la neurochirurgie pédiatrique sont des pratiques qui ne peuvent être mises en œuvre seulement si les décisions d'autorisation les mentionnent expressément.

Pour le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, l'établissement doit être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR

Modalité socle : implantation de cinq sites.

Modalité neurochirurgie fonctionnelle cérébrale : implantation de deux sites.

Modalité radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques : implantation de trois sites.

Modalité neurochirurgie pédiatrique : implantation de deux sites.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE NEUROCHIRURGIE				
ZONE DU SRS	PRATIQUES THERAPEUTIQUES	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE PAR MODALITE	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	Neurochirurgie générale pour adultes	5*	Socle	5*
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	2	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	2
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	3	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	3
	Neurochirurgie pédiatrique	2	Neurochirurgie pédiatrique	2
	TOTAL	12	TOTAL	12

* dont hôpital d'instruction des armées.

8.13 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé inscrit désormais **l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie** dans le schéma régional de santé. Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-21 du 10 janvier 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-22 du 10 janvier 2022). L'arrêté du 10 janvier 2022 fixe le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique.

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.

Dans le cadre de la réforme des autorisations, l'activité de neuroradiologie interventionnelle est désormais nommée « activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ». Elle concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

L'enjeu principal de cette réforme est l'introduction d'une gradation des soins proposant de réaliser, dans un centre de mention A, les actes de thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans des établissements ne disposant pas sur place d'une activité neurochirurgicale mais dont les conditions techniques de fonctionnement réglementaires sont quasi-identiques à celles d'un centre de mention B qui comprend l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie et un plateau technique disposant de l'activité de neurochirurgie.

De nouveaux seuils minimaux d'activité sont instaurés :

- pour les sites de mention A : 60 actes de thrombectomie mécanique annuels
- pour les sites de mention B : 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie par an.

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Implantation de quatre sites de mention B.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE		ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE	
ZONE DU SRS	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE PAR MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	4*	Mention A Thrombectomie mécanique	0
		Mention B Ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie	4*
TOTAL	4	TOTAL	4

* dont hôpital d'instruction des armées.

8.14 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.

Un changement d'implantation ne peut être accordé sur une zone géographique dont le besoin est suffisamment couvert.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : maintien de la situation actuelle.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière : création d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique : maintien de la situation actuelle.

Antenne SMUR (temporaire ou permanente) : maintien de la situation actuelle.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

Structure d'urgences pédiatriques : maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHONE

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : conversion d'une antenne de SMUR en SMUR aboutissant à la création d'une implantation.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique : maintien de la situation actuelle.

Antenne SMUR (temporaire ou permanente) : conversion d'une antenne de SMUR en SMUR aboutissant à la suppression d'une implantation.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

VAR

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : maintien de la situation actuelle.

Antenne SMUR (temporaire ou permanente) : maintien de la situation actuelle.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : maintien de la situation actuelle.

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : maintien de la situation actuelle.

Antenne SMUR (temporaire ou permanente) : maintien de la situation actuelle.

Structure d'urgences : maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

ACTIVITE DE MEDECINE D'URGENCE				
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	3	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	3
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0
	Structure d'urgences	3	Structure d'urgences	3
	Structure d'urgences pédiatriques	0	Structure d'urgences pédiatriques	0
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	7	TOTAL	7
HAUTES-ALPES	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	2	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	2
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0
	Structure d'urgences	3	Structure d'urgences	3
	Structure d'urgences pédiatriques	0	Structure d'urgences pédiatriques	0
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	6	TOTAL	7

ACTIVITE DE MEDECINE D'URGENCE				
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	5	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	5
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	1	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	1	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	1
	Structure d'urgences	9	Structure d'urgences	9
	Structure d'urgences pédiatriques	1	Structure d'urgences pédiatriques	1
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	18	TOTAL	18
BOUCHES-DU-RHONE	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	7	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	8
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	1	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	7	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	6
	Structure d'urgences	16*	Structure d'urgences	16*
	Structure d'urgences pédiatriques	0	Structure d'urgences pédiatriques	0
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	32	TOTAL	32
VAR	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	6	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	6
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2
	Structure d'urgences	9*	Structure d'urgences	9*
	Structure d'urgences pédiatriques	0	Structure d'urgences pédiatriques	0
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	18	TOTAL	18

*dont hôpital d'instruction des armées.

ACTIVITE DE MEDECINE D'URGENCE				
ZONE DU SRS	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	4	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	4
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation pédiatrique	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation saisonnière	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	3	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	3
	Structure d'urgences	8	Structure d'urgences	8
	Structure d'urgences pédiatriques	0	Structure d'urgences pédiatriques	0
	Structure d'urgences saisonnières	0	Structure d'urgences saisonnières	0
	TOTAL	16	TOTAL	16

8.15 Soins critiques

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décret n°2022-690 du 26 avril 2022 et décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-694 du 26 avril 2022 et décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022).

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.

La définition du périmètre et des caractéristiques des soins renforcés est en cours de finalisation. A titre transitoire, un cahier des charges national va être publié et aboutira à définir le cadre des ex-unités de surveillance continue (USC) qui seront identifiées via reconnaissance contractuelle jusqu'à la publication du cadre juridique consolidé des soins renforcés.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Modalité Adulte - Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
Implantation d'un site.

HAUTES-ALPES

Modalité Adulte - Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
Implantation d'un site.

ALPES-MARITIMES

Modalité Adulte – Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
Implantation de sept sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de cardiologie
Implantation de cinq sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de neurologie vasculaire
Implantation de deux sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs d'hématologie
Implantation d'un site.

Modalité Pédiatrique – Mention Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant
Implantation d'un site.

Modalité Pédiatrique – Mention Réanimation et soins intensifs pédiatriques d'hématologie
Implantation d'un site.

BOUCHES-DU-RHONE

Modalité Adulte – Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
Implantation de dix-neuf sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de cardiologie

Implantation de douze sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de neurologie vasculaire

Implantation de trois sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs d'hématologie

Implantation de trois sites.

Modalité Pédiatrique – Mention Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant

Implantation d'un site.

Modalité Pédiatrique – Mention Soins intensifs pédiatriques d'hématologie

Implantation d'un site.

VAR

Modalité Adulte – Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant

Implantation de cinq sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de cardiologie

Implantation de quatre sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de neurologie vasculaire

Implantation de deux sites.

VAUCLUSE

Modalité Adulte – Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant

Implantation d'un site.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de cardiologie

Implantation de deux sites.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs de neurologie vasculaire

Implantation d'un site.

Modalité Adulte – Mention Soins intensifs d'hématologie

Implantation d'un site.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	REANIMATION		MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	SOINS CRITIQUES	
	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATION 2023		MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Réanimation adulte	1	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	0
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	0
				Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation pédiatrique	0	Pédiatrique	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	0		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0	
TOTAL	1	TOTAL		1	
HAUTES-ALPES	REANIMATION		SOINS CRITIQUES		
	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATIONS 2023	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
HAUTES-ALPES	Réanimation adulte	1	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	0
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	0
				Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation pédiatrique	0	Pédiatrique	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	0		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0	
TOTAL	1	TOTAL		1	

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

REANIMATION			SOINS CRITIQUES		
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATIONS 2023	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	Réanimation adulte	6	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	7**
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	5
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	2
	Réanimation pédiatrique	1	Pédiatrique	Soins intensifs d'hématologie	1
				Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
Réanimation pédiatrique spécialisée	0		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1	
TOTAL	7	TOTAL		17	
REANIMATION			SOINS CRITIQUES		
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATIONS 2023	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
BOUCHES-DU-RHONE	Réanimation adulte	19*	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	19*
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	12
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	3
	Réanimation pédiatrique	0	Pédiatrique	Soins intensifs d'hématologie	3
				Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	1		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1	
TOTAL	20	TOTAL		39	

* dont hôpital d'instruction des armées.

** dont régularisation +1 implantation pour une entité juridique qui dispose de deux entités de statuts juridiques différents pour la prise en charge de pathologies cardiaques sur la même parcelle.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier d'autorisation conformément à la réglementation en vigueur.

REANIMATION			SOINS CRITIQUES		
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATIONS 2023	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
VAR	Réanimation adulte	5*	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	5*
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	4*
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	2*
	Réanimation pédiatrique	0	Pédiatrique	Soins intensifs d'hématologie	0
				Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	0		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0	
TOTAL	5	TOTAL		11	
REANIMATION			SOINS CRITIQUES		
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE REANIMATION	IMPLANTATIONS 2023	MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	Réanimation adulte	1	Adulte	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
				Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
				Soins intensifs de cardiologie	2
				Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Réanimation pédiatrique	0	Pédiatrique	Soins intensifs d'hématologie	1
				Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
				Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
Réanimation pédiatrique spécialisée	0		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	
			Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0	
TOTAL	1	TOTAL		5	

* dont hôpital d'instruction des armées.

8.16 Traitement de l'insuffisance rénale chronique

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.

Les nouveaux sites implantés permettront de couvrir des zones non couvertes et d'améliorer la réponse de proximité pour les patients. Un changement d'implantation ne peut être accordé sur une zone géographique dont le besoin est suffisamment couvert.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Création d'une unité sur une zone géographique non couverte et difficile d'accès.

Hémodialyse en unité d'autodialyse simple et/ou assistée :

- Création d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité d'autodialyse simple et/ ou assistée :

- Maintien de la situation actuelle.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Création d'une autorisation de dialyse à domicile visant à la prise en charge des zones non couvertes à l'Est de la zone du schéma régional de santé.

ALPES-MARITIMES

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Création d'une unité visant à prendre en charge les patients de la zone du schéma actuellement pris en charge dans un pays limitrophe faute de réponse adaptée ;
- Création d'une unité sur une zone géographique non couverte et difficile d'accès.

Hémodialyse en unité d'autodialyse simple et/ou assistée :

- Création d'une unité visant à prendre en charge les patients de la zone du schéma actuellement pris en charge dans un pays limitrophe faute de réponse adaptée.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHONE

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Création d'une unité de dialyse médicalisée de préférence sur un site détenant déjà une modalité d'unité d'auto-dialyse.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ ou assistée :

- Création d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Maintien de la situation actuelle.

VAR

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur une zone non couverte permettant de limiter le temps de trajet des patients.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ ou assistée :

- Création d'une unité d'auto-dialyse sur une zone non couverte permettant de limiter le temps de trajet des patients.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Hémodialyse en centre :

- Maintien de la situation actuelle

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée :

- Création de deux unités de dialyse sur des zones non couvertes permettant de limiter le temps de trajet des patients.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ ou assistée :

- Maintien de la situation actuelle.

Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale :

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

ACTIVITE DE SOINS DE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRA-RENALE			
ZONE DU SRS	MODALITES DE L'ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Hémodialyse en centre	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	4
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	1	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1
HAUTES-ALPES	Hémodialyse en centre	2	2
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	2	3
ALPES-MARITIMES	Hémodialyse en centre	6	6
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	6	8
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	6	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	4	4
BOUCHES-DU-RHONE	Hémodialyse en centre	10	10
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	16	17
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	18	19
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	12	12
VAR	Hémodialyse en centre	8	8
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	12	13
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	9	10
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	5	5
VAUCLUSE	Hémodialyse en centre	5	5
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	7
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1

8.17 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

8.17.1 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

Un décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021 fixe les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique (CSP) et pour adapter la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

Hormis ce décret, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation n'ont pas fait l'objet, au jour de la publication du présent document, de décrets spécifiques concernant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement dans le cadre de la réforme des autorisations sanitaires.

Cependant, le décret susvisé prévoit dans son article 7 que tous « les titulaires d'autorisations accordées pour la réalisation d'activités de soins d'assistance médicale à la procréation, en cours lors de l'ouverture de la première période mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique et postérieure au 1^{er} juin 2023, déposent une nouvelle demande d'autorisation pour les activités en cause pendant ladite période ».

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 vient fixer les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et pour adapter la partie réglementaire du même code au regard de certaines dispositions de la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins prennent en compte ce décret.

Dans le cadre de la loi Bioéthique (article L.2141-12 du CSP), une personne majeure qui répond à des conditions d'âge fixées par un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Agence de la biomédecine, peut bénéficier, après une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique pluridisciplinaire, du recueil, du prélèvement et de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation.

Or, seuls les établissements publics de santé ou les établissements de santé privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier peuvent, lorsqu'ils y ont été autorisés, procéder au prélèvement, au recueil et à la conservation des gamètes. Ces activités ne peuvent être exercées dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1.

Dans ce contexte, trois établissements ont développé cette activité en fin de schéma régional de santé 2018-2023 conformément à l'évolution de la réglementation.

Par ailleurs, **par dérogation** (article L. 2141-12 du CSP), si aucun organisme ou établissement de santé public ou privé à but non lucratif n'assure ces activités dans un département, le Directeur Général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement de santé privé à but lucratif à les pratiquer, sous réserve de la garantie par celui-ci de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Or, sur la zone du schéma régional de santé du Vaucluse, l'offre AMP est dispensée par un unique établissement privé. A ce titre, la dérogation pourra être acceptée.

Compte tenu de la demande croissante pour cette préservation sociétale, les délais d'attente ne vont cesser de croître, notamment sur les zones du schéma des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes. Si la réglementation évolue dans le sens d'un élargissement du périmètre des établissements pouvant être autorisés à la préservation sociétale en cours de schéma, le Directeur Général de l'ARS pourra recourir à la procédure du besoin exceptionnel prévu à l'article R. 6122-31 du CSP pour répondre à des besoins exceptionnels tenant à des situations d'urgence et d'impérieuse nécessité en matière de santé publique.

Adaptation et complémentarité de l'offre d'activités cliniques d'assistance médicale à la procréation

Ce paragraphe décrit l'objectif cible 2028 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 projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Pas de site.

HAUTES-ALPES

Pas de site.

ALPES-MARITIMES

Mise en œuvre de l'accueil des embryons : pas de site.

Prélèvement de spermatozoïdes : implantation de deux sites.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : implantation de deux sites.

Transfert des embryons en vue de leur implantation : implantation de deux sites.

Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP : implantation d'un site.

BOUCHES-DU-RHONE

Mise en œuvre de l'accueil des embryons : implantation d'un site.

Prélèvement de spermatozoïdes : implantation de quatre sites.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : implantation de quatre sites.

Transfert des embryons en vue de leur implantation : implantation de quatre sites.

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP : implantation de deux sites.

VAR

Mise en œuvre de l'accueil des embryons : pas de site.

Prélèvement de spermatozoïdes : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don : pas de site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : implantation d'un site.

Transfert des embryons en vue de leur implantation : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP : pas de site.

VAUCLUSE

Mise en œuvre de l'accueil des embryons : pas de site.

Prélèvement de spermatozoïdes : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don : pas de site.

Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP : implantation d'un site.

Transfert des embryons en vue de leur implantation : implantation d'un site.

Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP : implantation d'un site.

Adaptation et complémentarité de l'offre d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation

Ce paragraphe décrit l'objectif cible 2028 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 projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Pas de site.

HAUTES-ALPES

Pas de site.

ALPES-MARITIMES

Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation : implantation de deux sites.

Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux : implantation de deux sites.

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci : pas de site.

Conservation des embryons en vue d'un projet parental : implantation de deux sites.

Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : implantation de cinq sites.

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don : implantation d'un site.

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don : implantation d'un site.

Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 : implantation d'un site.

BOUCHES-DU-RHONE

Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation : implantation de quatre sites.

Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux : implantation de quatre sites.

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci : implantation d'un site.

Conservation des embryons en vue d'un projet parental : implantation de quatre sites.

Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : implantation de huit sites.

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don : implantation d'un site.

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don : implantation d'un site.

Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 : implantation de deux sites.

VAR

Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation : implantation d'un site.

Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux : implantation d'un site.

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci : pas de site.

Conservation des embryons en vue d'un projet parental : implantation d'un site.

Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : implantation de deux sites.

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don : pas de site.

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don : pas de site.

Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 : pas de site.

VAUCLUSE

Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation : implantation d'un site.

Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux : implantation d'un site.

Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci : pas de site.

Conservation des embryons en vue d'un projet parental : implantation d'un site.

Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle : implantation de deux sites.

Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don : pas de site.
 Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don : pas de site.
 Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 : implantation d'un site.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de nouvelles modalités d'autorisation conformément au décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif.

Les titulaires d'autorisation qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITES CLINIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION			
ZONE DU SRS	MODALITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
HAUTES-ALPES	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
ALPES-MARITIMES	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2	2
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1	1
BOUCHES-DU-RHONE	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes	3	4
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	4	4
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	4	4
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	2	2
VAR	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
VAUCLUSE	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1

Cette activité de soins fait l'objet de nouvelles modalités d'autorisation conformément au décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif.

Les titulaires d'autorisation qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITES BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION			
ZONE DU SRS	MODALITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
HAUTES-ALPES	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
ALPES-MARITIMES	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	2	2
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	2	2
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2	2
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4	5
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1	1
BOUCHES-DU-RHONE	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	4	4
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	3	4
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	4	4
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	8	8
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	2	2
VAR	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	0	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
VAUCLUSE	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1

8.17.2 Activités biologiques de diagnostic prénatal

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.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Création d'un site visant à la réalisation des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

BOUCHES-DU-RHONE

Création d'un site visant à la réalisation des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL			
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ANALYSES DE DIAGNOSTIC PRENATAL	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
HAUTES-ALPES	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
ALPES-MARITIMES	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire	1	1
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	1
BOUCHES-DU-RHONE	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire	2	2
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	1	2
VAR	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
VAUCLUSE	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

8.18 Traitement du cancer

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décrets n°2022-689 du 26 avril 2022, décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022 et décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-693 du 26 avril 2022 et décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022). L'arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixe les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Adaptation et complémentarité de l'offre

Les nouveaux textes réglementaires font évoluer les conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer avec une gradation de l'offre en chirurgie oncologique et dans le traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), de nouveaux seuils minimaux d'activité ainsi que la régulation de l'offre de traitement du cancer pédiatrique par l'ARS.

La mention A correspond à la chirurgie classique du cancer dans les spécialités suivantes : chirurgie oncologique digestive et viscérale, thoracique, ORL et maxillo-faciale, urologique, gynécologique, mammaire et chirurgie indifférenciée.

La mention B permet, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, de proposer une mission de recours avec la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire, la chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes et la chirurgie oncologique en zone irradiée, pour l'une ou plusieurs des cinq chirurgies soumises à seuil suivantes : digestive et viscérale, thoracique, ORL et maxillo-faciale, urologique et gynécologique.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

La démographie médicale et l'offre sanitaire sont à adapter à la répartition étendue de la population qui, pour de nombreux actes, s'oriente vers les Bouches-du-Rhône.

Chirurgie du cancer

- A1 - Chirurgie oncologique viscérale et digestive

Implantation d'un site.

- A7 - Chirurgie oncologique indifférenciée

Implantation de deux sites.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)

- Mention A : TMSC chez l'adulte

Implantation de deux sites.

HAUTES-ALPES

La démographie médicale et l'offre sanitaire sont à adapter à la répartition étendue de la population qui, pour de nombreux actes, s'oriente vers les Bouches-du-Rhône ou l'Isère.

Chirurgie du cancer

B1 - Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe

Implantation d'un site.

A4 - Chirurgie oncologique urologique

Implantation de deux sites.

A5 - Chirurgie oncologique gynécologique

Implantation d'un site.

A6 - Chirurgie oncologique mammaire

Implantation d'un site.

A7 – Chirurgie oncologique indifférenciée
Implantation de trois sites.

Radiothérapie externe, curiethérapie
A – Radiothérapie externe chez l'adulte
Implantation d'un site dérogatoire.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)
Mention A : TMSC chez l'adulte
Implantation d'un site.

ALPES-MARITIMES

Chirurgie du cancer

A1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive
Implantation de sept sites.

B1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe
Implantation de quatre sites.

A2 – Chirurgie oncologique thoracique
Implantation de trois sites.

B2 – Chirurgie oncologique thoracique complexe
Implantation d'un site.

A3 – Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde
Implantation de trois sites.

- B3 – Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe
Implantation d'un site.

A4 – Chirurgie oncologique urologique
Implantation de trois sites.

B4 – Chirurgie oncologique urologique complexe
Implantation de trois sites.

A5 – Chirurgie oncologique gynécologique
Implantation de six sites.

B5 – Chirurgie oncologique gynécologique complexe
Implantation de deux sites.

A6- Chirurgie oncologique mammaire
Implantation de sept sites.

A7- Chirurgie gynécologique indifférenciée
Implantation de dix-sept sites.

C- Chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de 18 ans.
Implantation d'un site.

Radiothérapie externe, curiethérapie

A - Radiothérapie externe chez l'adulte

Implantation de deux sites.

B - Curiothérapie chez l'adulte

Implantation d'un site.

C - Radiothérapie externe chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

Implantation de deux sites.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

Mention A : TMSC chez l'adulte

Implantation de neuf sites.

Mention B : TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours

Implantation d'un site.

Mention C : TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours

Implantation d'un site dans une grande agglomération à forte densité.

BOUCHES-DU-RHONE

Chirurgie du cancer

A1 - Chirurgie oncologique viscérale et digestive

Implantation de neuf sites.

B1 - Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe

Implantation de sept sites.

A2 - Chirurgie oncologique thoracique

Implantation de cinq sites.

B2 - Chirurgie oncologique thoracique complexe

Implantation d'un site.

A3 - Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde

Implantation de sept sites.

B3 - Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe

Implantation d'un site.

A4 - Chirurgie oncologique urologique

Implantation de sept sites.

B4 - Chirurgie oncologique urologique complexe

Implantation de six sites.

A5 - Chirurgie oncologique gynécologique

Implantation de huit sites.

B5 – Chirurgie oncologique gynécologique complexe
Implantation de trois sites.

A6 – Chirurgie oncologique mammaire
Implantation de quatorze sites.

A7 – Chirurgie oncologique indifférenciée
Implantation de vingt-sept sites.

C - Chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de 18 ans
Implantation d'un site dans une grande agglomération à forte densité.

Radiothérapie externe, curiethérapie

A – Radiothérapie externe chez l'adulte
Implantation de cinq sites.

B – Curiethérapie chez l'adulte
Implantation d'un site.

C – Radiothérapie externe chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans
Implantation d'un site.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

A – TMSC chez l'adulte
Implantation de quatorze sites.

B – TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours
Implantation de deux sites.

C- TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours
Implantation d'un site dans une grande agglomération à forte densité.

VAR

Chirurgie oncologique

A1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive
Implantation de cinq sites.

B1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe
Implantation de quatre sites.

A2 – Chirurgie oncologique thoracique
Implantation d'un site.

B2 – Chirurgie oncologique thoracique complexe
Implantation d'un site.

A3 – Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe
Implantation de deux sites.

B3 – Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe
Implantation d'un site.

A4 – Chirurgie oncologique urologique
Implantation de six sites.

B4 – Chirurgie oncologique urologique complexe
Implantation de deux sites.

A5 – Chirurgie oncologique gynécologique
Implantation de quatre sites.

A6 – Chirurgie oncologique mammaire
Implantation de sept sites.

A7 – Chirurgie oncologique indifférenciée
Implantation de quatorze sites.

Radiothérapie externe, curiethérapie

A – Radiothérapie externe chez l'adulte
Implantation d'un site.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)

A – TMSC chez l'adulte
Implantation de sept sites.

VAUCLUSE

Chirurgie oncologique

A1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive
Implantation de quatre sites.

B1 – Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe
Implantation d'un site.

A2 – Chirurgie oncologique thoracique
Implantation d'un site.

A3 – Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde
Implantation de deux sites.

A4 – Chirurgie oncologique urologique
Implantation de trois sites.

B4 – Chirurgie oncologique urologique complexe
Implantation d'un site.

A5 – Chirurgie oncologique gynécologique
Implantation de deux sites.

A6 – Chirurgie oncologique mammaire
Implantation de deux sites.

A7 – Chirurgie oncologique indifférenciée
Implantation de sept sites.

Radiothérapie externe, curiethérapie

A - Radiothérapie externe chez l'adulte

Implantation d'un site.

B - Curiothérapie chez l'adulte

Implantation d'un site.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

A – TMSC chez l'adulte

Implantation d'un site.

B – TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours

Implantation d'un site.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE : ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	1	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
	Chirurgie thoracique	0		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0
				A2- Chirurgie oncologique thoracique B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	0
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	0		A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0
				B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0
	Chirurgie urologique	0		A4- Chirurgie oncologique urologique B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	0
	Chirurgie gynécologique	0		A5- Chirurgie oncologique gynécologique B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	0
	Chirurgie mammaire	0		A6- Chirurgie oncologique mammaire	0
	Chirurgie hors soumis à seuil	2		A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	2
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans	0		
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe	0	Radiothérapie externe, Curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte B - Curiethérapie chez l'adulte	0
CURIETHERAPIE	Curiethérapie à bas débit de dose	0		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	0
CHIMIOETHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	1	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	A - TMSC chez l'adulte	2
				B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
				C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCHELLES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	0		/	/

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE : HAUTES-ALPES					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	1	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	0
	Chirurgie thoracique	0		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	1		A2- Chirurgie oncologique thoracique	0
				B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	0
	Chirurgie urologique	2		A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0
				B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0
	Chirurgie gynécologique	1		A4- Chirurgie oncologique urologique	2
				B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	0
	Chirurgie mammaire	1		A5- Chirurgie oncologique gynécologique	1
				B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	0
Chirurgie hors soumis à seuil	3	A6- Chirurgie oncologique mammaire	1		
		A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	3		
			C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans	0	
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe (autorisation dérogatoire)	1	Radiothérapie externe, Curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
CURIETHERAPIE	Curiethérapie à bas débit de dose	0		B - Curiethérapie chez l'adulte	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	0
CHIMIOETHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	1	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	0
				A - TMSC chez l'adulte	1
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCHELLES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	0		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
				C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
				/	/

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE : ALPES-MARITIMES					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	12	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	7
	Chirurgie thoracique	4		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	4
				A2- Chirurgie oncologique thoracique	3
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	5		B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	1
				A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	3
	Chirurgie urologique	6		B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1
				A4- Chirurgie oncologique urologique	3
	Chirurgie gynécologique	8		B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	3
				A5- Chirurgie oncologique gynécologique	6
	Chirurgie mammaire	9		B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	2
A6- Chirurgie oncologique mammaire			7		
Chirurgie hors soumis à seuil	17	A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	17		
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe *	4	Radiothérapie externe, Curiethérapie	C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans	1
CURIETHERAPIE	Curiethérapie à bas débit de dose	1		A - Radiothérapie externe chez l'adulte	2
	Curiethérapie à haut débit de dose	1		B - Curiethérapie chez l'adulte	1
CHIMIOTHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	9	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	2
				C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	0
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	2		A - TMSC chez l'adulte	9
				B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1
				C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1
				/	/

* (radiothérapie externe) : dont activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE : BOUCHES-DU-RHONE					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	17*	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	9*
	Chirurgie thoracique	8		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	7
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	9*		A2- Chirurgie oncologique thoracique	5
				B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	1
	Chirurgie urologique	13		A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	7*
				B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1
	Chirurgie gynécologique	11		A4- Chirurgie oncologique urologique	7
				B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	6
	Chirurgie mammaire	15		A5- Chirurgie oncologique gynécologique	8
				B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	3
Chirurgie hors soumis à seuil	27*	A6- Chirurgie oncologique mammaire	14		
		A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	27*		
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe **	6	Radiothérapie externe, Curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	5
CURIETHERAPIE	Curiethérapie à bas débit de dose	0		B - Curiethérapie chez l'adulte	1
	Curiethérapie à haut débit de dose	1		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	1
CHIMIOETHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	16*	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	0
				A - TMSC chez l'adulte	14*
				B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	2
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	2		/	/

* dont l'hôpital d'instruction des armées.

** (radiothérapie externe) : dont activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE : VAR					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	11*	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	5
	Chirurgie thoracique	3*		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	4*
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	3*		A2- Chirurgie oncologique thoracique	1
				B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	1*
	Chirurgie urologique	8		A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	2*
				B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1
	Chirurgie gynécologique	5		A4- Chirurgie oncologique urologique	6
				B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	2
	Chirurgie mammaire	7		A5- Chirurgie oncologique gynécologique	4
				B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	0
Chirurgie hors soumis à seuil	14*	A6- Chirurgie oncologique mammaire	7		
		B6- Chirurgie oncologique mammaire complexe	0		
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe	1	Radiothérapie externe, Curiethérapie	A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	14*
CURIETHERAPIE	Curiethérapie à bas débit de dose	0		A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
				B - Curiethérapie chez l'adulte	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	0
CHIMIOETHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	6*	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	0
				A - TMSC chez l'adulte	7*
				B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCHELLES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	1		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0

* dont l'hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE VAUCLUSE					
TRAITEMENT DU CANCER					
PRATIQUES THERAPEUTIQUES	SPECIALITES / TYPE / CADRE	IMPLANTATIONS 2023	MODALITE	MENTIONS	IMPLANTATIONS 2028
CHIRURGIE DES CANCERS	Chirurgie digestive	6	Chirurgie oncologique	A1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive	4
	Chirurgie thoracique	1		B1- Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1
				A2- Chirurgie oncologique thoracique	1
	Chirurgie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	3		B2- Chirurgie oncologique thoracique complexe	0
				A3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	2
	Chirurgie urologique	3		B3- Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0
				A4- Chirurgie oncologique urologique	3
	Chirurgie gynécologique	3		B4- Chirurgie oncologique urologique complexe	1
				A5- Chirurgie oncologique gynécologique	2
Chirurgie mammaire	3	B5- Chirurgie oncologique gynécologique complexe	0		
Chirurgie hors soumis à seuil	7	A6- Chirurgie oncologique mammaire	2		
		A7- Chirurgie oncologique indifférenciée	7		
RADIOTHERAPIE EXTERNE	Radiothérapie externe*	1	Radiothérapie externe, Curiéthérapie	C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans	0
				A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
CURIETHERAPIE	Curiéthérapie à bas débit de dose	1	Radiothérapie externe, Curiéthérapie	B - Curiéthérapie chez l'adulte	1
				C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	0
Curiéthérapie à haut débit de dose	1	1	Radiothérapie externe, Curiéthérapie	C - Curiéthérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiéthérapie chez l'adulte).	0
				A - TMSc chez l'adulte	1
CHIMIOETHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS SPECIFIQUES DU CANCER	/	2	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSc)	B - TMSc chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1
				C - TMSc chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0
				/	/
UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCHELLES	Nature du seuil prévue à l'article R. 6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie).	1		/	/

8.19 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 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-RHONE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES (GENETIQUE POST NATALE)			
ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	ACTIVITE	IMPLANTATIONS 2023	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Cytogénétique	0	0
	Génétique moléculaire	0	0
HAUTES-ALPES	Cytogénétique	0	0
	Génétique moléculaire	0	0
ALPES-MARITIMES	Cytogénétique	1	1
	Génétique moléculaire	3	3
BOUCHES-DU-RHONE	Cytogénétique	2	2
	Génétique moléculaire	4	4
VAR	Cytogénétique	1	1
	Génétique moléculaire	1	1
VAUCLUSE	Cytogénétique	0	0
	Génétique moléculaire	0	0

8.20 Hospitalisation à domicile

La reconnaissance de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) comme une activité de soins soumise à autorisation permet de mieux encadrer la pratique de cette activité.

La réforme du régime d'autorisation des activités de soins permet de créer des conditions d'implantation (décrets n°2021-1954 du 31 décembre 2021) et des conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-102 du 31 janvier 2022) que les titulaires d'autorisation doivent satisfaire pour être autorisés à pratiquer ces activités. L'arrêté du 9 décembre 2022 précise les compétences médicales requises en activité d'hospitalisation à domicile de mention « réadaptation ».

Création et complémentarité de l'offre

L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds fait de l'HAD une activité de soins à part entière.

La notion d'« établissement d'hospitalisation à domicile » disparaît désormais au profit de celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile ». Le décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation et le décret du 31 janvier 2022 n° 2022-102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'HAD définissent le régime de la nouvelle activité de soins d'HAD. Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- **Socle** : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions ;
- **Réadaptation** : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret visant les conditions techniques de fonctionnement (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes) ;
- **Enfants de moins de trois ans** : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie ;
- **Ante et post-partum** : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post partum intégrant une dimension pathologique.

Un titulaire d'autorisation peut être autorisé au titre d'une mention socle et une ou plusieurs mentions spécialisées sur des aires d'intervention pouvant être différentes. Il doit préciser, dans sa demande d'autorisation, le type de patients accueillis. Il justifie, le cas échéant, des exigences complémentaires demandées pour certaines prises en charge, telles que l'oncohématologie pédiatrique ou la néonatalogie.

Compte tenu de la reconnaissance nouvelle de cette activité de soins et de la présence d'autres acteurs susceptibles de prendre en charge le même type de patients, les implantations d'HAD pour les mentions spécialisées sont définies sous réserve de répondre aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement fixées par les nouveaux décrets. Dans ce cadre, le développement de partenariat et la réponse aux exigences réglementaires en termes de ressources humaines est susceptible de constituer un frein au déploiement des mentions spécialisées.

- **Concernant l'offre d'HAD en mention « réadaptation »** : il convient de disposer de cette offre de soins sur toutes les zones du schéma régional de santé avec des territoires d'intervention complémentaires pour un meilleur maillage territorial en lien avec les SMR partenaires.
- **Concernant l'offre HAD « ante et post-partum »** : il convient de disposer de cette offre de soins sur toutes les zones du schéma régional de santé avec des territoires d'intervention complémentaires pour un meilleur maillage territorial en lien avec les services de maternité partenaires.
- **Concernant l'offre HAD « enfants de moins de 3 ans »** : il convient de disposer de cette offre de soins, sur toutes les zones du schéma régional de santé, qui doit s'articuler avec les maternités, les services de néonatalogie et de pédiatrie de chaque territoire en veillant à la couverture de l'ensemble du territoire régional.
- **Concernant l'offre HAD « mention socle »** : pour maintenir une offre pérenne et de qualité sur un territoire largement couvert, un regroupement de deux titulaires historiques d'autorisation de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile sera réalisé. Cette opération améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée en permettant une meilleure organisation de la prise en charge

sans conséquence sur les aires d'intervention géographiques jusqu'alors couvertes. Par ailleurs, une implantation de mention « socle » supplémentaire est créée sur une zone du schéma régional de santé pour permettre d'élargir l'offre existante.

Pour ces 3 mentions et pour certaines activités spécialisées de la « mention socle » (exemple : chimiothérapie), les HAD titulaires de ces autorisations devront concrétiser des partenariats avec les établissements de santé MCO et de soins médicaux et de réadaptation (SMR) présents sur le territoire. Ces partenariats constituent un levier important pour favoriser les prescriptions médicales en HAD et apporter les compétences qui leur permettront de développer leurs activités spécifiques.

Le lieu d'implantation du siège du titulaire de l'autorisation d'hospitalisation à domicile est retenu pour déterminer la zone du schéma régional de santé d'implantation. Cela n'empêche pas le titulaire d'intervenir sur des aires d'intervention géographiques situées dans d'autres zones du schéma régional de santé sous réserve de validation de son projet médical.

Par rapport à l'offre existante à l'issue du SRS-PRS 2018-2023, le nombre de sièges d'HAD est maintenu sur chaque zone du schéma régional de santé à l'exception :

- des Bouches-du-Rhône pour lequel un regroupement de deux HAD est prévu en cible 2028 ;
- du Vaucluse pour lequel une implantation (mention « socle ») est créée pour permettre d'élargir l'offre existante sur le territoire.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Un titulaire d'autorisation d'hospitalisation à domicile implanté dans la zone des Bouches-du-Rhône pourra intervenir sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence dans le cadre de son projet médical.

Un titulaire d'autorisation d'hospitalisation à domicile implanté dans la zone des Hautes-Alpes pourra intervenir sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence dans le cadre de son projet médical.

Il n'y a pas de siège d'HAD implanté sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence.

HAUTES-ALPES

Mention socle : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention réadaptation : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention ante et post-partum : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention enfants de moins de trois ans : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

ALPES-MARITIMES

Un titulaire d'autorisation d'hospitalisation à domicile implanté dans la zone du Var pourra intervenir sur la zone des Alpes-Maritimes dans le cadre de son projet médical.

Mention socle : Quatre titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention réadaptation : Trois titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention ante et post-partum : Trois titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention enfants de moins de trois ans : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Un titulaire d'autorisation d'hospitalisation à domicile implanté dans la zone du Vaucluse pourra intervenir sur la zone des Bouches-du-Rhône dans le cadre de son projet médical.

Mention socle : Onze titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile dont :

- Un regroupement de deux titulaires historiques d'autorisation de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile à faible activité avec une mutualisation des aires d'intervention géographiques jusqu'alors couvertes.

Mention réadaptation : Six titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention ante et post-partum : Six titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention enfants de moins de trois ans : Deux titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

VAR

Trois titulaires d'autorisation d'hospitalisation à domicile implantés dans la zone des Bouches-du-Rhône pourront intervenir sur la zone du Var dans le cadre de leurs projets médicaux respectifs.

Mention socle : Quatre titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention réadaptation : Trois titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention ante et post-partum : Trois titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention enfants de moins de trois ans : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

VAUCLUSE

Deux titulaires d'autorisation d'hospitalisation à domicile implantés dans la zone des Bouches-du-Rhône pourront intervenir sur la zone du Vaucluse dans le cadre de leurs projets médicaux respectifs.

Socle : Deux titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Réadaptation : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Ante et post-partum : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Mention enfants de moins de trois ans : Un titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONES DU SRS	ACTIVITE	FORME : HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)	IMPLANTATIONS 2023	ACTIVITE DE SOINS	IMPLANTATIONS 2028 PAR MENTION	
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Médecine	HAD	0	Hospitalisation à domicile	Socle	0
					Réadaptation	0
					Ante et post partum	0
					Enfants de moins de 3 ans	0
HAUTES-ALPES	Médecine	HAD	1	Hospitalisation à domicile	Socle	1
					Réadaptation	1
					Ante et post partum	1
					Enfants de moins de 3 ans	1
ALPES-MARITIMES	Médecine	HAD	4	Hospitalisation à domicile	Socle	4
					Réadaptation	3
					Ante post partum	3
					Enfants moins de 3 ans	1
BOUCHES-DU-RHONE	Médecine	HAD	12	Hospitalisation à domicile	Socle	11
					Réadaptation	6
					Ante et post partum	6
					Enfants moins de 3 ans	2
VAR	Médecine	HAD	4	Hospitalisation à domicile	Socle	4
					Réadaptation	3
					Ante et post partum	3
					Enfants de moins de 3 ans	1
VAUCLUSE	Médecine	HAD	1	Hospitalisation à domicile	Socle	2
					Réadaptation	1
					Ante et post partum	1
					Enfants et moins de 3 ans	1
TOTAL			22		TOTAL MENTION SOCLE	22

8.21 Activité de radiologie interventionnelle

La reconnaissance de l'activité de radiologie interventionnelle comme une activité de soins soumise à autorisation permet de mieux encadrer la pratique de cette activité.

La réforme du régime d'autorisation des activités de soins permet de créer des conditions d'implantation (décrets n°2022-1237 du 16 septembre 2022 et décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et des conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022) que les titulaires d'autorisation doivent satisfaire pour être autorisés à pratiquer ces activités. Il n'y a pas de liste d'actes consolidée précisant le périmètre de l'activité de radiologie interventionnelle par mention, publiée à ce jour.

Création et complémentarité de l'offre

La radiologie interventionnelle est une activité de soins se déclinant en 4 mentions :

- la mention D incluant les actes des mentions A, B, C ;
- la mention C incluant les actes des mentions A et B ;
- la mention B incluant les actes de la mention A.

Mention A : Elle comprend, à l'exception des actes relevant des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens.

Mention B : Elle comprend, en sus des actes de la mention A, et à l'exception des actes relevant des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.

Les pratiques thérapeutiques spécifiques sont :

- L'ensemble des actes mentionnés à l'alinéa précédent, hors actes portant sur l'aorte thoracique. L'autorisation de radiologie au titre de la mention B peut être limitée, sur sollicitation du demandeur, à cette pratique seulement,
- Les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique.

Mention C : Elle comprend, en sus des actes de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle.

Mention D : Elle comprend l'ensemble des actes énoncés précédemment, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Mention A : Implantation de trois sites de radiologie interventionnelle.

HAUTES-ALPES

Mention A : Implantation d'un site disposant de radiologie interventionnelle.

Mention B : Implantation de deux sites de radiologie interventionnelle.

ALPES-MARITIMES

Mention A : Implantation de neuf sites de radiologie interventionnelle.

Mention B : Implantation de deux sites de radiologie interventionnelle.

Mention C : Implantation de cinq sites de radiologie interventionnelle.

Mention D : Implantation de trois sites de radiologie interventionnelle.

BOUCHES-DU-RHONE

Mention A : Implantation de dix-sept sites de radiologie interventionnelle.

Mention B : Implantation de sept sites de radiologie interventionnelle.

Mention C : Implantation de quatre sites de radiologie interventionnelle.

Mention D : Implantation de huit sites de radiologie interventionnelle.

VAR

Mention A : Implantation de huit sites de radiologie interventionnelle.

Mention B : Implantation de quatre sites de radiologie interventionnelle.

Mention C : Implantation de quatre sites de radiologie interventionnelle.

Mention D : Implantation de deux sites de radiologie interventionnelle.

VAUCLUSE

Mention A : Implantation de dix sites de radiologie interventionnelle.

Mention B : Pas de site.

Mention C : Implantation d'un site de radiologie interventionnelle.

Mention D : Implantation d'un site de radiologie interventionnelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SRS	ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	
	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	3
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	0
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0
TOTAL		3

ZONE DU SRS	ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	
	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
HAUTES-ALPES	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0
TOTAL		3

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE		
ZONE DU SRS	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	9
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	5
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	3
TOTAL		19

ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE		
ZONE DU SRS	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
BOUCHES-DU-RHONE	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	17*
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	7
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	4
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	8
TOTAL		36

* Dont hôpital d'instruction des armées.

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Les titulaires d'autorisation en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE		
ZONE DU SRS	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
VAR	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	8
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	4
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	4
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	2*
TOTAL		18

* Dont hôpital d'instruction des armées.

ACTIVITE DE SOINS : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE		
ZONE DU SRS	MENTION	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	Mention A : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	10
	Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	0
	Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	1
	Mention D : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	1
TOTAL		12

8.22 Equipements matériels lourds

8.22.1 Equipements d'imagerie en coupes : appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale et scanographe à utilisation médicale

à l'exception de ceux exclusivement dédiés aux activités mentionnées aux 6°, 11°, 13° et 21° de l'article R. 6122-25 et ceux mentionnés au 2° de l'article R. 6123-93-3

Cette activité de soins fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. De nouveaux décrets sont entrés en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023 et fixent de nouvelles conditions d'implantation (décrets n°2022-1237 du 16 septembre 2022 et décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022) et conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022 et décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022).

L'arrêté du 16 septembre 2022, modifié par l'arrêté du 29 décembre 2022, fixe le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.

L'autorisation d'exploiter les équipements matériels lourds est accordée par site géographique.

Adaptation et complémentarité de l'offre

Pour rappel, la région Paca présentait un taux d'équipement en EML inférieur au taux national engendrant, de fait, des délais d'attente importants pour la réalisation d'examen.

Afin de répondre à des besoins exceptionnels tenant à des situations d'urgence et d'impérieuse nécessité en matière de santé publique, l'ARS a mis en œuvre la procédure du besoin exceptionnel prévue à l'article R. 6122-31 du code de la santé publique afin de rattraper le retard régional en taux d'équipement d'EML. Dans ce cadre, il a ainsi été autorisé 24 IRM et 11 scanners supplémentaires durant le SRS-PRS 2018-2023. Afin de répondre aux orientations du schéma précédent, ces équipements ont été octroyés majoritairement sur des plateaux techniques existants favorisant ainsi la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire, la complémentarité des techniques et la mise en commun des moyens humains.

Postérieurement à la publication du schéma régional de santé 2023-2028, chaque autorisation d'équipements d'imagerie en coupes (scanographe-IRM) octroyée par le Directeur Général de l'ARS sera délivrée pour un plateau allant jusqu'à 3 équipements, ce seuil est fixé par arrêté national et correspond au nombre d'équipements composant le plateau socle. Au-delà du seuil, l'acquisition d'un ou plusieurs équipements supplémentaires devra être justifiée auprès de l'ARS qui examinera la demande au regard de critères fixés dans le décret relatif aux conditions d'implantation (volume des actes, spécialisation de l'activité ou situation territoriale). Dans tous les cas, l'acquisition d'un EML supplémentaire devra répondre à l'exigence de mixité (scanner et IRM) sur un site géographique. Le plafond, fixé à 18 pour les appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale et scanographe à utilisation médicale, correspond au nombre maximum d'équipements que peut détenir un titulaire d'autorisation sur un site géographique.

APPAREILS D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION MEDICALE ET SCANOGRAFES A UTILISATION MEDICALE

La réforme de la radiologie diagnostique instaure des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement spécifiques pour les titulaires d'autorisation d'équipements d'imagerie en coupes (scanographe-IRM).

Ce nouveau raisonnement basé sur la reconnaissance du plateau technique d'imagerie diagnostique composé d'IRM et/ou scanner(s) aboutit à modifier la présentation des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) par rapport au paradigme des années 2018-2023.

En appliquant la nouvelle nomenclature OQOS au bilan de l'existant 2023 à l'issue du SRS-PRS 2018-2023, la cible 2028 fixée pour l'implantation d'équipements d'imagerie en coupes (scanographe-IRM)¹ évolue comme suit par rapport à 2023 :

- Maintien du nombre d'implantations existantes sur la zone des Alpes-de-Haute-Provence ;
- Maintien du nombre d'implantations existantes sur la zone des Hautes-Alpes ;
- Une implantation supplémentaire pour un plateau technique d'équipements d'imagerie en coupes sur la zone des Alpes-Maritimes ;
- Trois implantations supplémentaires pour des plateaux techniques d'équipements d'imagerie en coupes sur la zone des Bouches-du-Rhône ;
- Une implantation supplémentaire pour un plateau technique d'équipements d'imagerie en coupes sur la zone du Var ;
- Suppression d'une implantation de plateau technique d'équipements d'imagerie en coupes sur la zone du Vaucluse liée à une opération de regroupement de deux plateaux, dont la mise en œuvre est prévue en cours de schéma 2023-2028.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Implantation de cinq plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride.

HAUTES-ALPES

Implantation de cinq plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride.

ALPES-MARITIMES

Implantation de vingt-deux plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride dont :

- un site disposant d'un projet médical orienté sur la prise en charge d'une population spécifique (personnes âgées).

BOUCHES-DU-RHONE

Implantation de trente-huit plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride dont :

- un site disposant d'un projet médical de préférence centré sur la prise en charge de la santé de la femme (cancérologie, dépistage, endométriose, suivi de maladies chroniques décompensées par la grossesse...)
- ;
- un site disposant d'un projet médical de préférence centré sur la prise en charge du public en situation de handicap lourd ;
- une unité de soins radiologiques située dans une zone d'intervention prioritaire.

VAR

Implantation de vingt-trois plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride dont :

- une unité de soins radiologiques dans un bassin de vie regroupant une population de plus de 30 000 habitants à distance d'un plateau technique existant (environ 20 kilomètres ou 20 minutes) dans une zone d'intervention prioritaire.

¹ Scanographes et IRM à l'exception des « équipements d'imagerie hybrides ». Les équipements d'imagerie hybrides sont les équipements dédiés à la médecine nucléaire : les TEP et les gamma-caméras couplés pour la plupart avec des scanners et plus rarement avec des IRM. Ces équipements entrent dans le champ de l'activité de médecine nucléaire qui est devenue une activité de soins.

VAUCLUSE

Implantation de dix-neuf plateaux d'équipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybride dont :

- deux sites présentant un projet de regroupement qui sera mis en œuvre en cours de schéma et aboutira à la suppression d'un site.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

La radiologie diagnostique fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Tous les titulaires d'autorisation des équipements matériels lourds ci-dessous en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	SCANOGAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE		SCANOGAPHES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
		IMPLANTATIONS 2023	NOMBRE D'APPAREILS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Scanographe à utilisation médicale	3	4	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	5
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	3		

ZONE DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	SCANOGAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE		SCANOGAPHES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
		IMPLANTATIONS 2023	NOMBRE D'APPAREILS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
HAUTES-ALPES	Scanographe à utilisation médicale	3	4	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	5
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	3		

ZONE DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	SCANOGAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE		SCANOGAPHES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
		IMPLANTATIONS 2023	NOMBRE D'APPAREILS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
ALPES-MARITIMES	Scanographe à utilisation médicale	18	28	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	22
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	15	24		

La radiologie diagnostique fait l'objet de la réforme des autorisations sanitaires. Par conséquent, les implantations 2023 sont indiquées à titre indicatif. Tous les titulaires d'autorisation des équipements matériels lourds ci-dessous en 2023 qui souhaitent poursuivre leur activité devront déposer un dossier conformément à la réglementation en vigueur.

ZONE DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS		NOMBRE D'APPAREILS	SCANOGRAFES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
	SCANOGRAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE	IMPLANTATIONS 2023		EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
BOUCHES-DU-RHONE	Scanographe à utilisation médicale	29*	48*	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	38*
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	27*	46*		

* dont hôpital d'instruction des armées.

ZONE DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS		NOMBRE D'APPAREILS	SCANOGRAFES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
	SCANOGRAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE	IMPLANTATIONS 2023		EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
VAR	Scanographe à utilisation médicale	17*	22*	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	23*
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	16*	24*		

* dont hôpital d'instruction des armées.

ZONE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS		NOMBRE D'APPAREILS	SCANOGRAFES ET IRM A L'EXCEPTION DES EQUIPEMENTS D'IMAGERIE HYBRIDES	
	SCANOGRAPHE A UTILISATION MEDICALE ET APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE A UTILISATION CLINIQUE	IMPLANTATIONS 2023		EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2028
VAUCLUSE	Scanographe à utilisation médicale	14	17	Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	18**
	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	10	12		

** une opération de regroupement de deux plateaux d'imagerie est prévue en cours de schéma.

8.22.2 Caisson hyperbare

Adaptation et complémentarité de l'offre

La médecine hyperbare prend en charge en urgence des situations spécifiques telles que les accidents de plongée ou les intoxications au monoxyde de carbone. Actuellement, son indication évolue vers des pathologies chroniques telles que la prise en charge des plaies chroniques.

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-RHONE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS : CAISSON HYPERBARE					
ZONES DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2023		IMPLANTATIONS 2028	
		NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES-DE-HAUTE-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-RHONE	Caisson hyperbare	2	2	2	2
VAR	Caisson hyperbare	1*	1*	1*	1*
VAUCLUSE	Caisson hyperbare	1	1	1	1
TOTAL REGION		5	5	5	5

* dont hôpital d'instruction des armées.

8.22.3 Cyclotron à utilisation médicale

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le cyclotron assure la production de radio isotopes permettant de diagnostiquer et de traiter le cancer.

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-RHONE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par zone du schéma régional de santé

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS : CYCLOTRON A UTILISATION MEDICALE					
ZONES DU SRS	EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	IMPLANTATIONS 2023		IMPLANTATIONS 2028	
		NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES-DE-HAUTE-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	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	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
TOTAL REGION		2	2	2	2

ANNEXES

ANNEXE 1

CHAPITRE 2

Les centres de santé

L'article L.6323-1-11 du code de la santé publique, tel qu'issu de la loi n°2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, prévoit l'obligation pour les gestionnaires des centres de santé de solliciter un agrément auprès de l'ARS, pour les seules activités dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques.

Cet agrément peut être refusé si le projet de santé présenté est incompatible avec les objectifs et les besoins définis dans le cadre du projet régional de santé. Le même agrément peut également être retiré lorsqu'une visite de conformité révèle une incompatibilité de la gestion et de l'offre de soins du centre avec le projet régional de santé.

La réduction des inégalités sociales et territoriales constitue un des objectifs poursuivis par le présent PRS et tend notamment à garantir un accès aux soins et une prise en charge des patients en tout point de la région PACA.

L'organisation territoriale des activités dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques, exercées au sein des centres de santé, doit permettre de répondre aux besoins de la population en PACA et d'assurer les prises en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins.

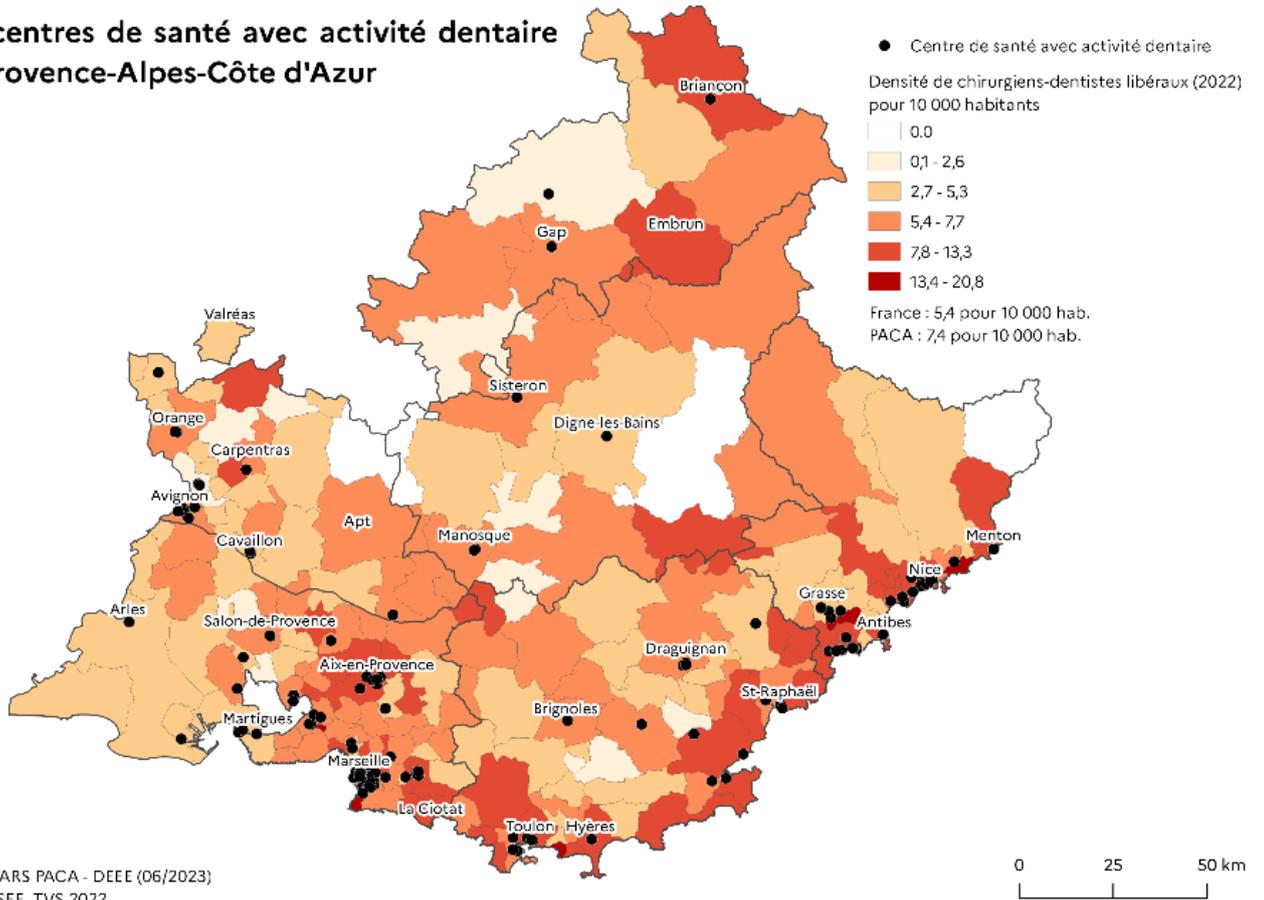
Dans ce cadre, l'exercice de ces activités au sein des centres de santé révèle des territoires fragiles et des territoires particulièrement bien pourvus en offre de soins dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques.

Compte tenu de l'installation des centres de santé existants et des professionnels de santé libéraux en exercice ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, l'offre de soins relative à ces 3 activités doit être renforcée dans les territoires fragiles ou sous-dotés en offre de soins afin de favoriser l'accessibilité géographique et financière de la population à des soins dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques en soutenant l'installation des nouveaux centres de santé déployant une ou plusieurs de ces activités sur les territoires qui en sont dépourvus.

Centre de santé avec activité dentaire

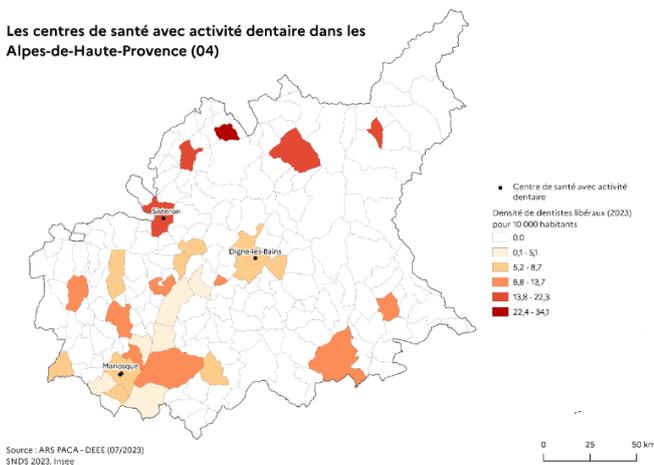
Carte régionale

Les centres de santé avec activité dentaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur

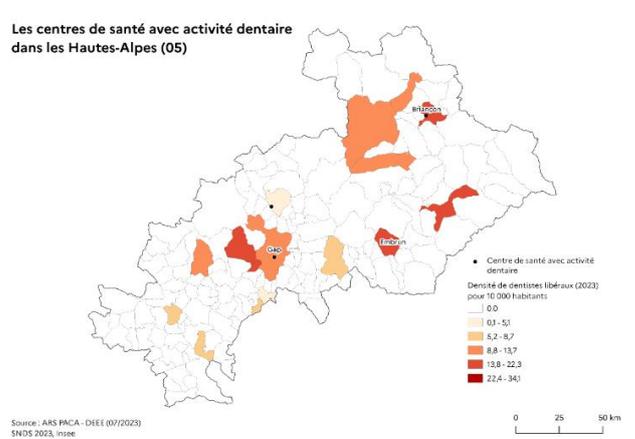


Cartes départementales

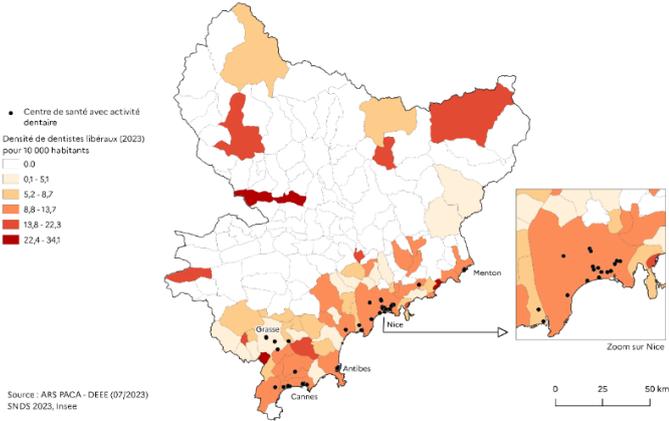
Les centres de santé avec activité dentaire dans les Alpes-de-Haute-Provence (04)



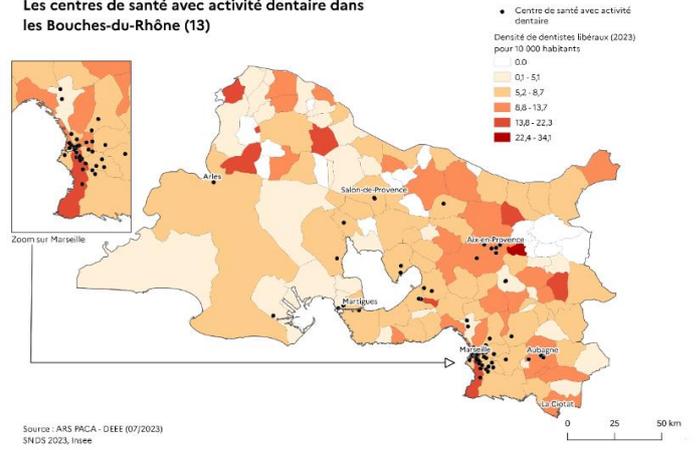
Les centres de santé avec activité dentaire dans les Hautes-Alpes (05)



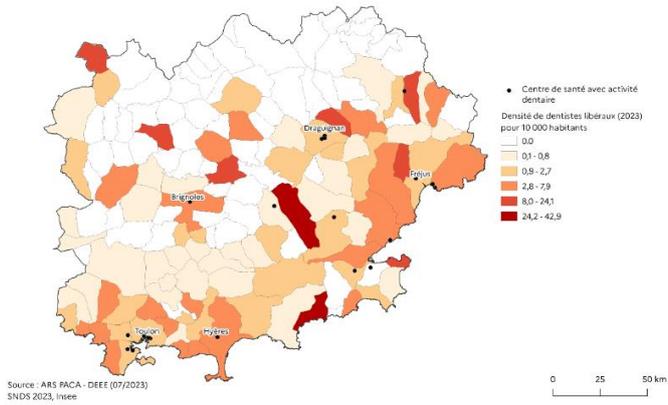
Les centres de santé avec activité dentaire dans les Alpes-Maritimes (06)



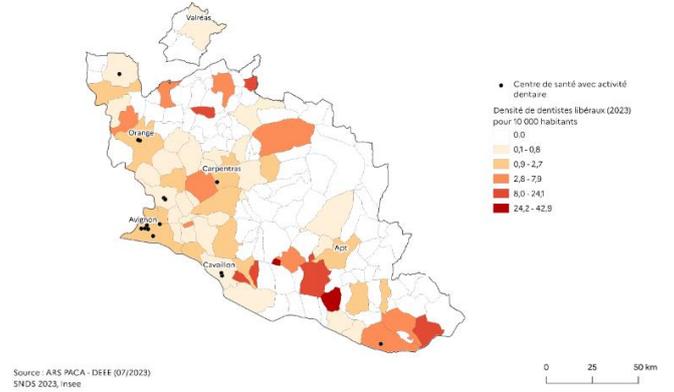
Les centres de santé avec activité dentaire dans les Bouches-du-Rhône (13)



Les centres de santé avec activité dentaire dans le Var (83)



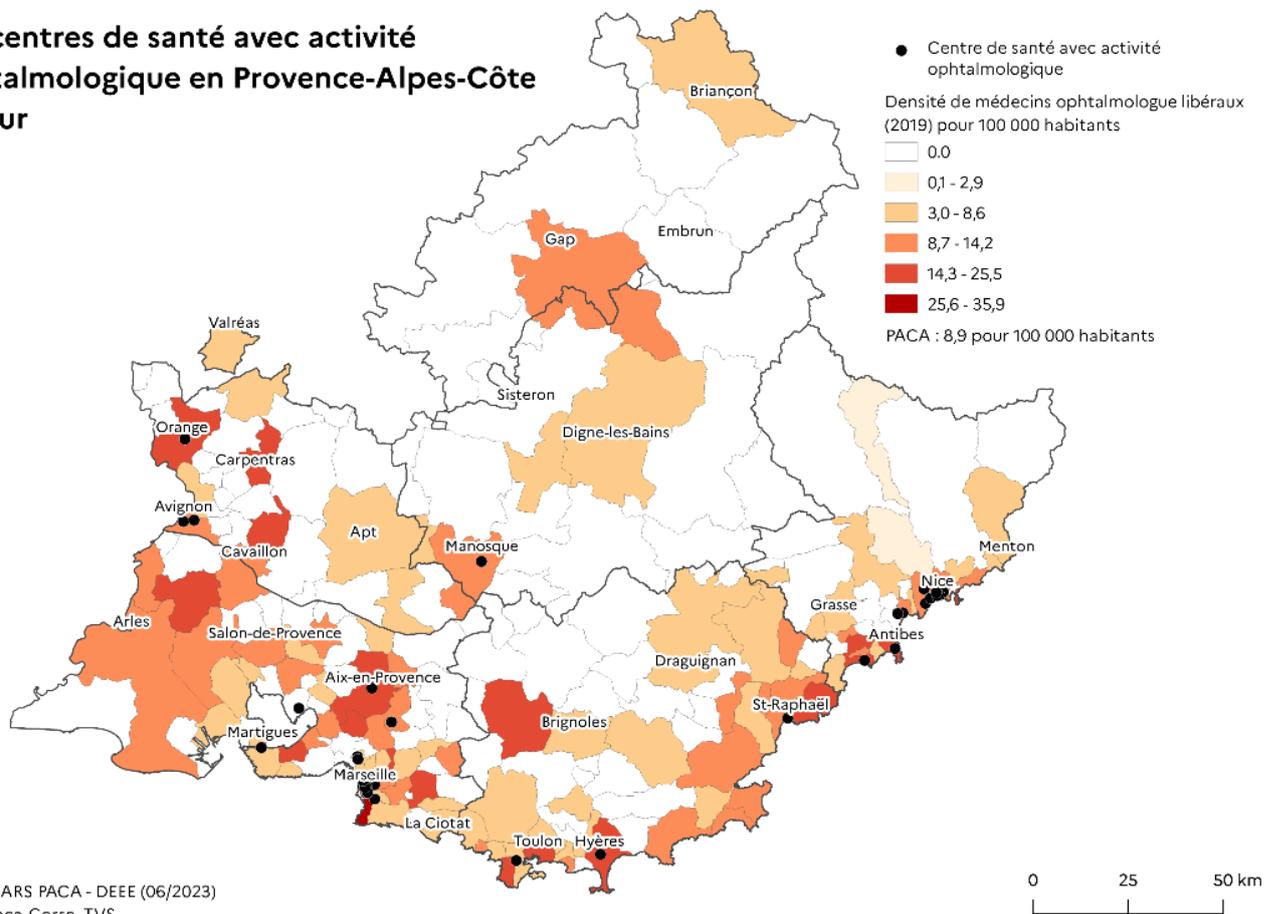
Les centres de santé avec activité dentaire dans le Vaucluse (84)



Centre de santé avec une activité ophtalmologique

Carte régionale

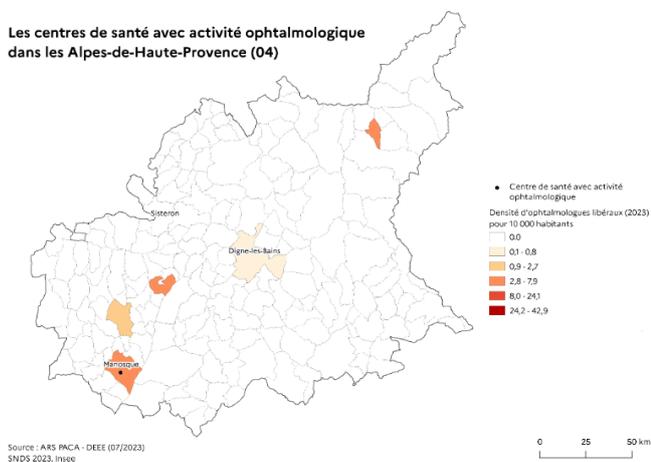
Les centres de santé avec activité ophtalmologique en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : ARS PACA - DEEE (06/2023)
DRSM Paca-Corse, TVS

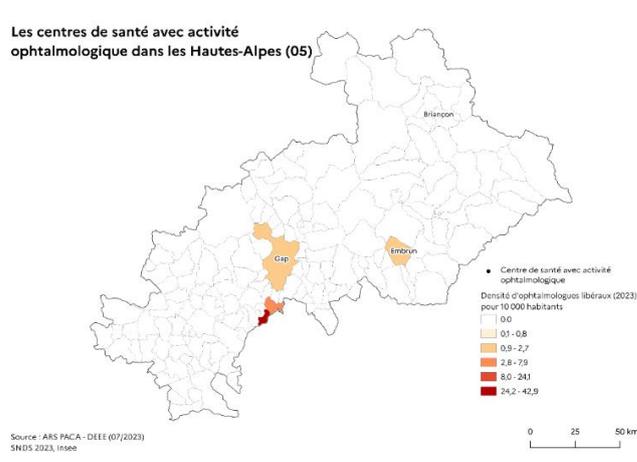
Cartes départementales

Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans les Alpes-de-Haute-Provence (04)



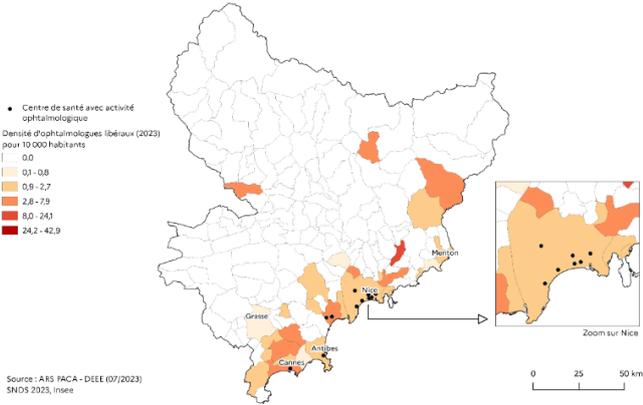
Source : ARS PACA - DEEE (07/2023)
SNDS 2023, Insee

Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans les Hautes-Alpes (05)

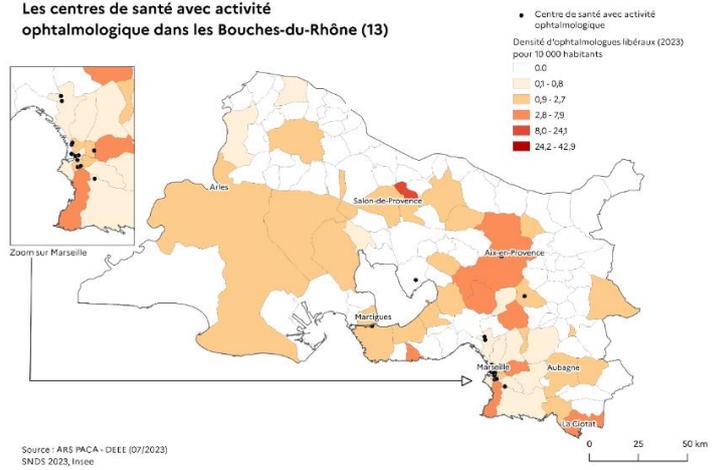


Source : ARS PACA - DEEE (07/2023)
SNDS 2023, Insee

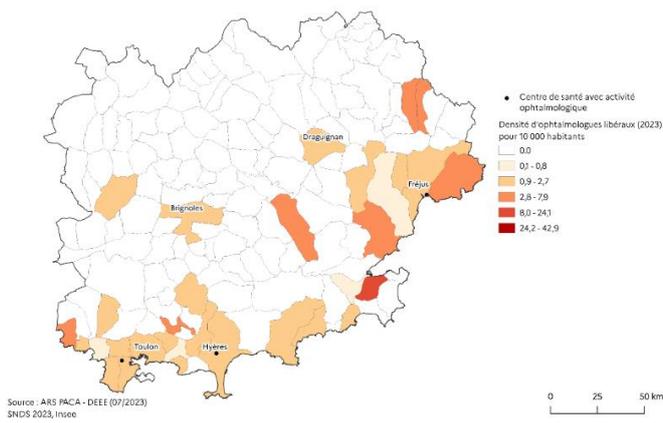
Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans les Alpes-Maritimes (06)



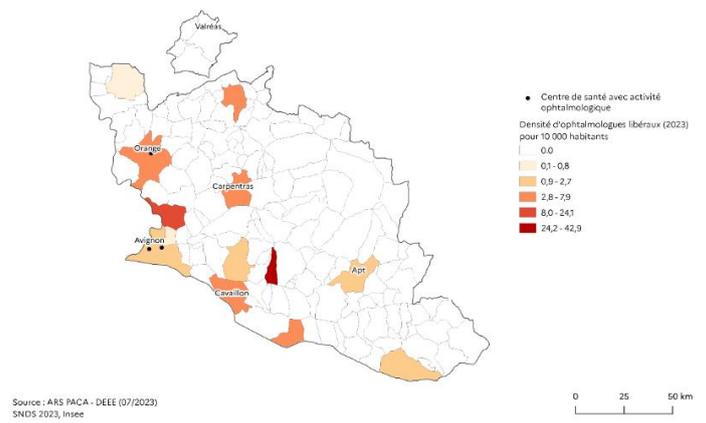
Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans les Bouches-du-Rhône (13)



Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans le Var (83)



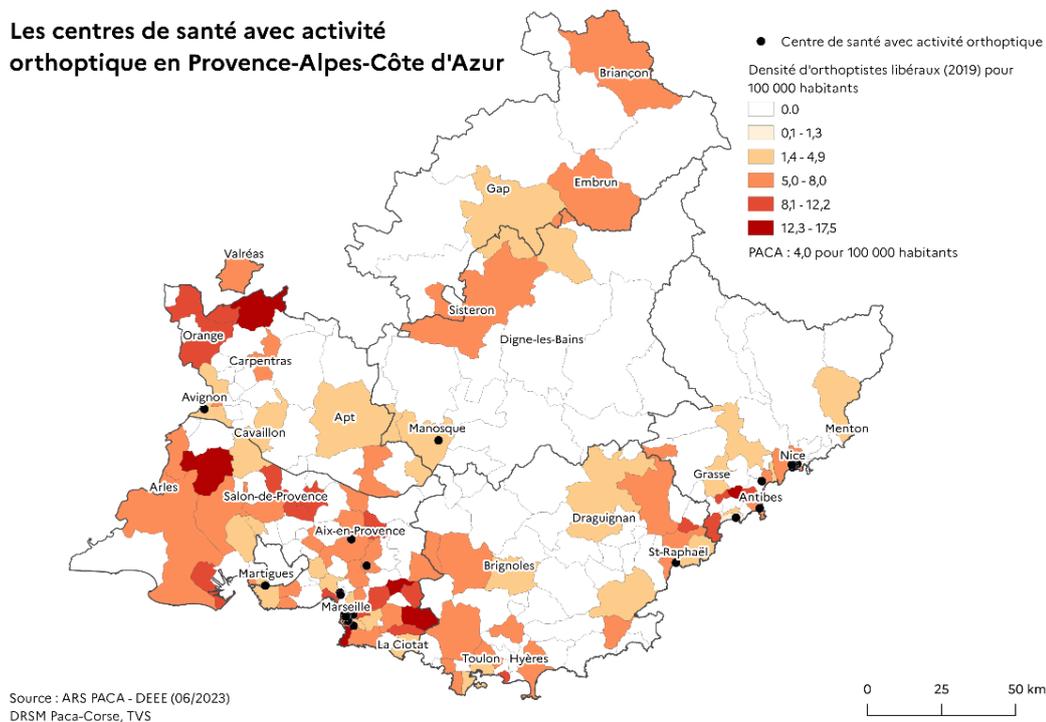
Les centres de santé avec activité ophtalmologique dans le Vaucluse (84)



Centre de santé avec une activité orthoptique

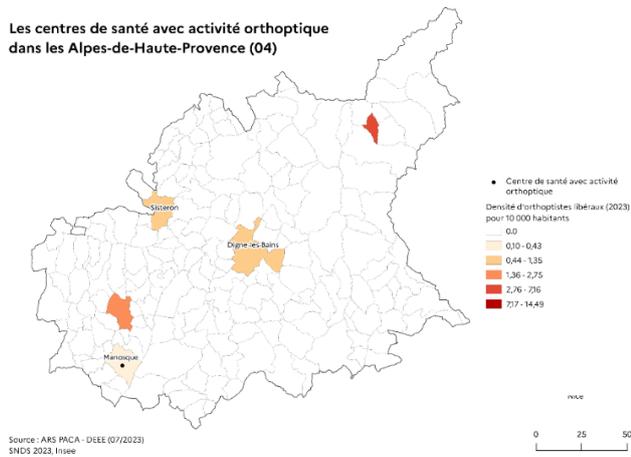
Carte régionale

Les centres de santé avec activité orthoptique en Provence-Alpes-Côte d'Azur

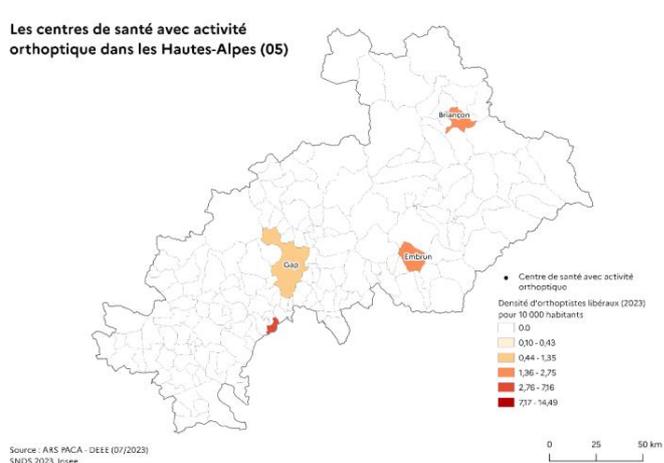


Cartes départementales

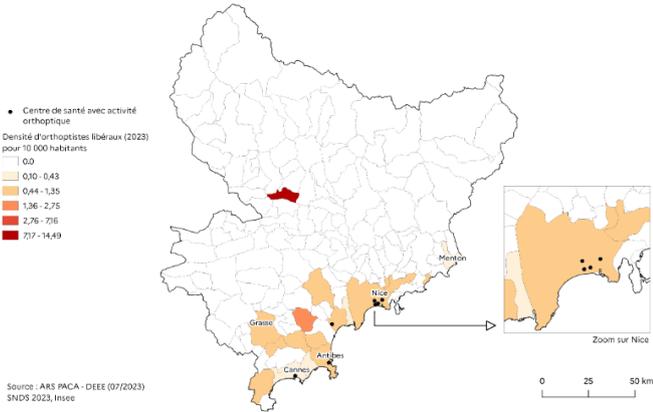
Les centres de santé avec activité orthoptique dans les Alpes-de-Haute-Provence (04)



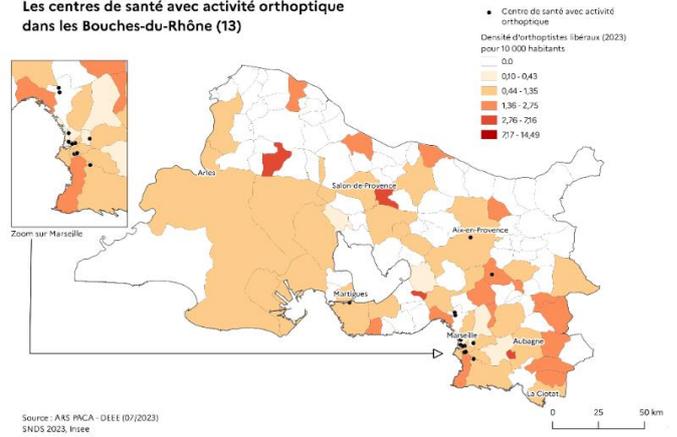
Les centres de santé avec activité orthoptique dans les Hautes-Alpes (05)



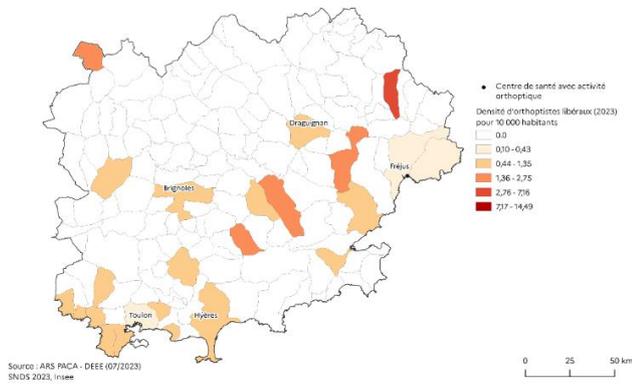
Les centres de santé avec activité orthoptique dans les Alpes-Maritimes (06)



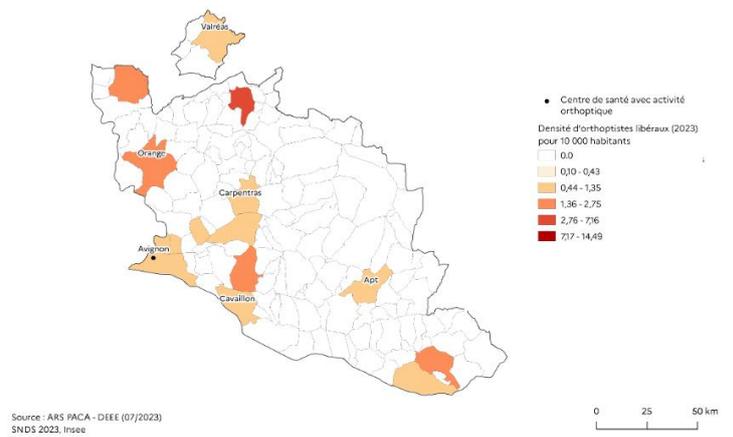
Les centres de santé avec activité orthoptique dans les Bouches-du-Rhône (13)



Les centres de santé avec activité orthoptique dans le Var (83)

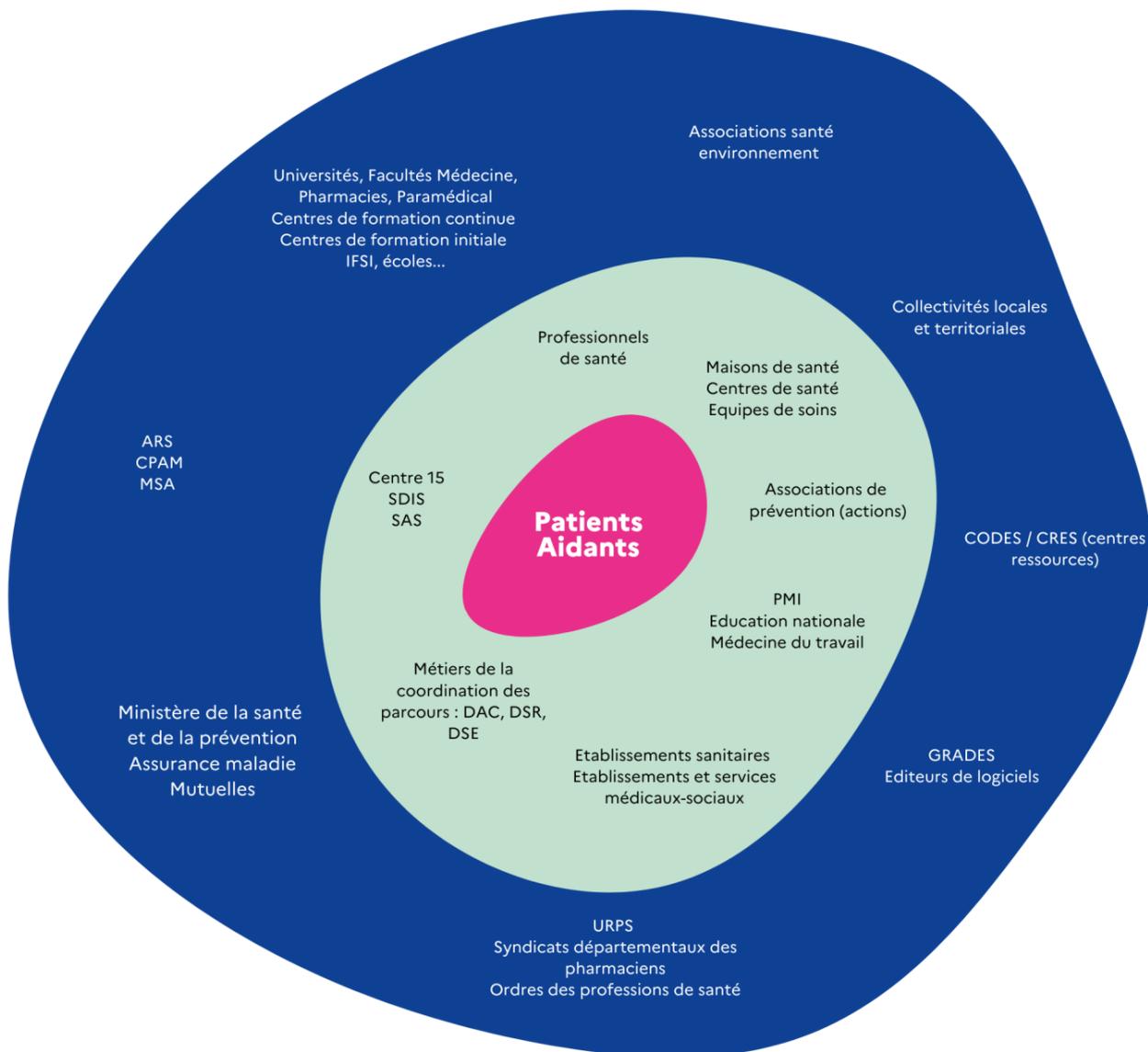


Les centres de santé avec activité orthoptique dans le Vaucluse (84)



ANNEXE 2

CHAPITRE 6 : cartographie des acteurs de santé



ANNEXE 3

CHAPITRE 7.3-Périnatalité

Les maternités peuvent être adossées ou non à un service d'hospitalisation pour les nouveau-nés (service de néonatalogie). Les soins pour la maman et les soins de base pour le nouveau-né en suites de couches sont les mêmes quel que soit le type de la maternité.

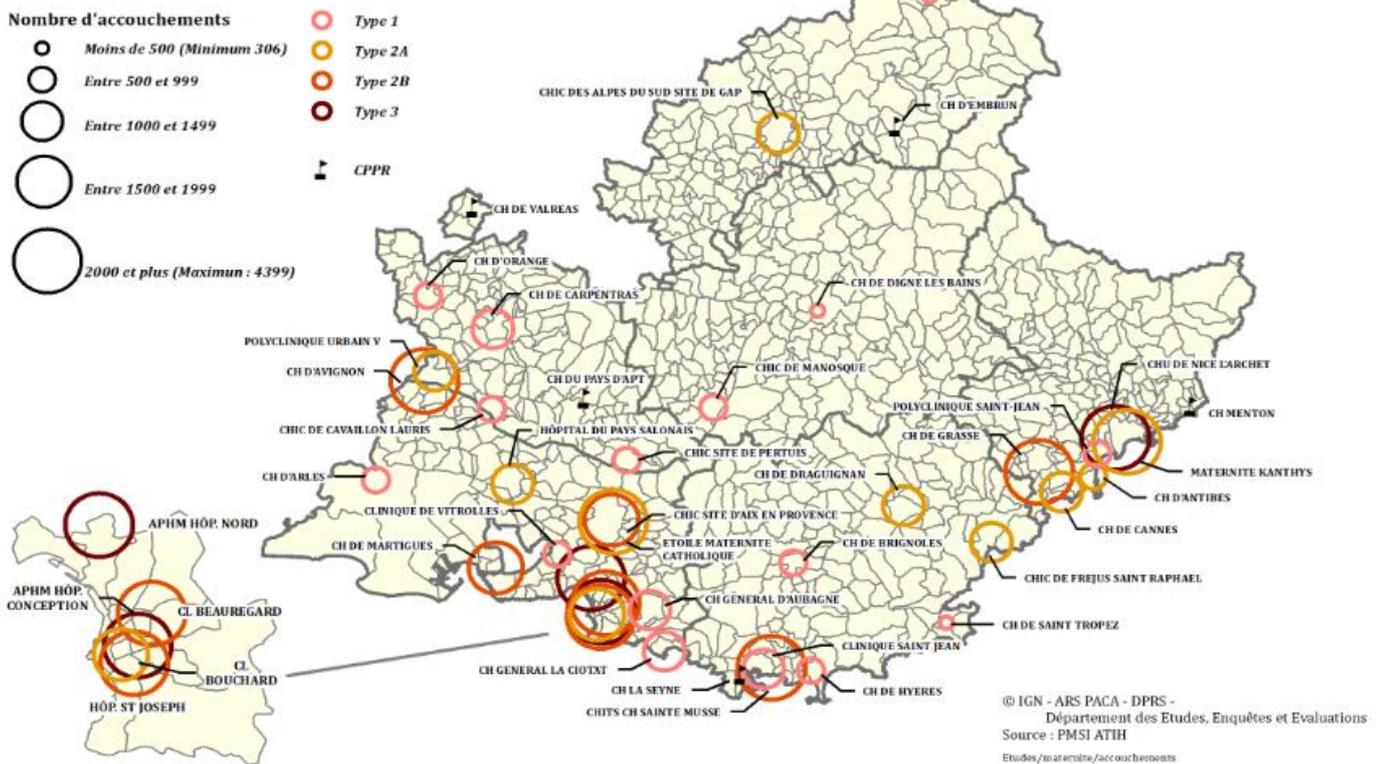
Type 1 = sans service de néonatalogie

Type 2A = avec service de néonatalogie seul, ou unité kangourou (soins dans la chambre de la maman)

Type 2B = avec service de néonatalogie comprenant des lits de soins intensifs

Type 3 = avec service de néonatalogie comprenant des lits de soins intensifs et de réanimation

Localisation communale des maternités par type de prise en charge et activités en 2022



ANNEXE 4

CHAPITRE 7.16- Insuffisance rénale chronique

Axes de prévention de la maladie rénale chronique

	Prévenir l'apparition de la maladie	Détecter la maladie	Ralentir l'évolution de la maladie installée
Sujets à risque	<p>Règles hygiéno-diététiques générales</p> <p>Règles hygiéno-diététiques spécifiques</p> <p>Traitement optimal de la maladie causale lorsqu'il y en a une</p> <p>Traitements spécifiques</p>	Surveillance régulière de la fonction rénale ou des marqueurs d'atteinte rénale	<p>Règles hygiéno-diététiques</p> <p>Traitements spécifiques</p>
Population générale	Règles hygiéno-diététiques générales	Dépistage de masse	

GLOSSAIRE

3C : Centre de coordination en cancérologie

A

ADNP : admission directe non programmée

AFT : accueil familial thérapeutique

AJA : adolescents et jeunes adultes

ANAH : Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

APA : allocation personnalisée d'autonomie

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

APPV : assistance au projet et au parcours de vie

ARACT : Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail

ASV : atelier santé ville

B

Bed management : gestion des lits en milieu hospitalier

C

CAF : caisse d'allocations familiales

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAMPS : centre d'action médico-sociale précoce

CAP : centre d'accueil psychiatrique

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : centre communal d'action sociale

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CD : conseil départemental

CEISP : collectif d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle

CERTA : centre de référence des troubles des apprentissages

CESU : centre d'enseignement de soins urgents

CHU : centre hospitalier universitaire

CHPOT : coordination hospitalière pour le prélèvement d'organes et de tissus

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLS : contrat local de santé

CLSM : contrat local en santé mentale

CM : centre mémoire

CMP : centre médico-psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CMRR : centre mémoire de ressource et de recherche

CPP : centre périnatal de proximité

CODIS : centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

CSH : cellule souche hématopoïétique

CSP : Code de la Santé Publique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPIAS : Centre de prévention des infections associées aux soins
CPP : centre périnatal de proximité
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé.
CROSSMED : centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage méditerranée
CRT : centre ressource territorial
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSO : centre spécialisé de l'obésité
CTEES : conseiller en transition énergétique et écologique en santé

D

DAC : dispositif d'appui à la coordination
DIPLP : délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DGS : direction générale de la santé
DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DDEETS : direction départementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DREETS : direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSR : dispositif spécifique régional
DSRC OncoPaca Corse : dispositif spécifique régional OncoPaca Corse
DSS : direction de la sécurité sociale

E

EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG : évènement indésirable grave
EIGS : évènement indésirable grave associés aux soins
EMG : équipe mobile de gériatrie
EML : équipement de matériel lourd
ERRSPP : équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques
ES : établissement de santé
ESAT : établissement et service d'accompagnement par le travail
ESMS : établissement ou service social ou médico-social
ESPIC : Etablissements de santé privé d'intérêt collectif
ESPO : établissements et services de pré-orientation
ESRP : établissements et services de réadaptation professionnelle
ETP : éducation thérapeutique du patient
ETSP : équipe territoriale de soins palliatifs
EVC-EPR : état végétatif chronique, état pauci-relationnel

F

FIR : fonds d'intervention régional
FST : formation spécialisée transversale

G

GES : gaz à effet de serre

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HC : hospitalisation complète
HDJ : hôpital de jour
HIFU : ultrasons focalisés de haute intensité
HTP : hospitalisation à temps partiel

I

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation
IDEL : infirmier diplômé d'état libéral
IGU : infirmier gériatrique aux urgences
INCa : Institut national du cancer
INS : Identité nationale de santé
IPA : infirmiers en pratiques avancées
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse

G

GEM : groupe d'entraide mutuelle
GHT : groupement hospitalier de territoire
GIRCI : groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation

L

LBM : laboratoire de biologie médicale
LGBT : lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
LISP : lits identifiés en soins palliatifs

M

MAR : médecin anesthésiste réanimateur
MAS : maison d'accueil spécialisée
MERM : manipulateur d'électroradiologie médicale
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MIR : médecine intensive réanimation
MND : maladies neuro-dégénératives
MPP : motif de prise en charge
MPR : médecine physique et de réadaptation
MSA : Mutuelle sociale agricole

P

PASA : pôle d'activité et de soins adaptés
PASS : permanence d'accès aux soins

PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PDES : permanence des soins en établissement de santé
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPAC : programme personnalisé de l'après cancer
PPS : programme personnalisé de soins
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PREPAN : PREcoce Post-Aiguë Neurologique
PROMs : Patient Reported Outcome Measurements
PRSE : plan régional de santé environnement
PSSM : premier secours en santé mentale
PTSM : projet territorial de santé mentale

Q

QPV : quartier prioritaire de la ville

R

RAPT : réponse accompagnée pour tous
RCP : réunions de concertations pluridisciplinaires

S

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAPPH : service d'accompagnement à la périnatalité et la parentalité des personnes en situation de handicap
SAU : service d'accueil des urgences
SCMM : SAMU de coordination médicale maritime
SESSAD : service d'éducation et de soins spécialisé à domicile
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SMR : soins médicaux et de réadaptation
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SOS : soins oncologiques de support
SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SRAQ : structure régionale d'appui à la qualité
SRPR : service de rééducation post réanimation
SRS : schéma régional de santé
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2IH : transport infirmier inter hospitalier

TEP : tomographie par émission de positions

TMSC : traitement médicamenteux systémique du cancer (chimiothérapie, thérapies ciblées, et immunothérapie)

TROD : test rapide d'orientation et de diagnostic

TSA : trouble du spectre autistique

TSLA : trouble spécifique du langage et des apprentissages

TVS : territoire de vie-santé

U

UAPED : unité d'accueil pédiatrique enfance en danger

UCC : unité cognitivo-comportementale

UHR : unité d'hébergement renforcé

UMAC : unité mobile d'assistance circulatoire

UMHP : unités mobile hospitalière paramédicale

UPOG : unité péri-opératoire de gériatrie

USC : unité de surveillance continue

USIC : unités de soins intensifs de cardiologie

USINV : unité de soins intensifs neuro-vasculaire

USIP : unité de soins intensifs polyvalents

USP : unité de soins prolongés

USPC : unité de soins prolongés complexes

USR : unité de soins radiologique

Notre projet, pour votre santé.

