



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE REGION ILE  
DE FRANCE

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°IDF-034-2018-07

PUBLIÉ LE 24 JUILLET 2018

# Sommaire

## Agence régionale de santé

IDF-2018-07-23-003 - Arrêté n°18-62 portant adoption du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé d'Ile-de-France (375 pages)	Page 3
IDF-2018-07-23-002 - Arrêté n°2018-61 portant adoption du cadre d'orientation stratégique 2018-2027 du projet régional de santé d'Ile-de-France (36 pages)	Page 379
IDF-2018-07-23-004 - Arrêté n°2018-63 portant adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022 (69 pages)	Page 416
IDF-2018-07-23-006 - ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-63 PORTANT AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE DE PHARMACIE (3 pages)	Page 486
IDF-2018-07-23-007 - ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-64 PORTANT AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE DE PHARMACIE (4 pages)	Page 490
IDF-2018-07-23-005 - ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-65 PORTANT AUTORISATION DE REGROUPEMENT D'OFFICINES DE PHARMACIE (3 pages)	Page 495
IDF-2018-07-23-009 - Décision n°18-1720 autorisant à renouveler au profit du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, sur le site du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, 5 rue Pierre et Marie Curie – 78120 Rambouillet, sur la base des engagements pris par le promoteur rappelés dans la présente décision. (5 pages)	Page 499

## ARS Ile de France

IDF-2018-07-18-014 - Arrêté n° DOS/2018 - 1727 du 18/07/18 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le Grand Hôpital de l'Est Francilien (3 pages)	Page 505
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Agence régionale de santé

IDF-2018-07-23-003

Arrêté n°18-62 portant adoption du schéma régional de  
santé 2018-2022 du projet régional de santé  
d'Ile-de-France

**Arrêté n°2018-62  
portant adoption du schéma régional de santé 2018-2022  
du projet régional de santé d'Île-de-France**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

**Vu** le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-6; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

**Vu** le décret du 1er juillet 2015 portant nomination du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;

**Vu** l'avis de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs n°IDF-2018-03-09-004 du 9 mars 2018 ;

**Vu** l'avis rectificatif de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs spécial N°IDF-028-2018-0322 du 22 mars 2018 ;

**Vu** l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 29 mai 2018;

**Vu** les avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Paris en date du 28 mai 2018, des Yvelines en date du 19 juin 2018 , de Seine-Saint-Denis en date du 3 mai 2018 , du Val-de-Marne en date du 1er juin 2018 , du Val d'Oise en date du 20 juin 2018 ;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Seine-et-Marne, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine ;

**Vu** l'avis du préfet de la région Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 juillet 2018;

**Vu** l'avis du conseil régional d'Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 3 juillet 2018 ;

**Vu** les avis du conseil de Paris, siégeant en formation de conseil départemental, en date du 4 juillet 2018 ; du conseil départemental de Seine-et-Marne en date du 15 juin 2018 ; du conseil départemental de l'Essonne en date du 4 juin 2018 ; du conseil départemental de Seine-Saint-Denis en date du 28 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-de-Marne en date du 11 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-d'Oise en date du 25 mai 2018 ;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation du conseil départemental des Yvelines et du conseil départemental des Hauts-de-Seine ;

**Vu** les avis des communes de la région Ile-de-France dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

**Vu** l'avis du conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 avril 2018 ;



## ARRETE

### Article 1

Le schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé d'Île-de-France est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

### Article 2

Le schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022 est consultable sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France à l'adresse suivante : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

Il peut également être consulté au siège de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, 35 rue de la Gare à Paris ainsi que dans les délégations départementales :

- Délégation départementale de Paris, 35 rue de la Gare à Paris ;
- Délégation départementale de Seine-et-Marne, 49/51 avenue Thiers à Melun ;
- Délégation départementale des Yvelines, 143 boulevard de la Reine à Versailles ;
- Délégation départementale de l'Essonne, 6/8 rue Prométhée à Evry ;
- Délégation départementale des Hauts-de-Seine, 55 avenue des Champs Pierreux à Nanterre ;
- Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, 5/7 promenade Jean Rostand à Bobigny ;
- Délégation départementale du Val-de-Marne, 25 chemin des Bassins à Créteil ;
- Délégation départementale du Val-d'Oise, 2 avenue de la Palette à Cergy-Pontoise.

### Article 3

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Île-de-France.

### Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication

Fait à Paris, le 23 juillet 2018

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France

**Signé**

Christophe DEVYS

**PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ  
2018 - 2022**

**ars**  
● Agence Régionale de Santé  
Île-de-France



**AMÉLIORONS  
LA SANTÉ  
DES FRANCILIENS**

Plan d'action  
2018 - 2022

**SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ**

<b>Introduction : un projet régional de santé pour mobiliser les acteurs dans les territoires .....</b>	<b>4</b>
<b>Première partie : axes et projets de transformation .....</b>	<b>11</b>
<i>Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires .....</i>	<i>12</i>
Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs .....	13
Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisés .....	15
Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques .....	19
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes .....	22
Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité .....	25
Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours .....	28
<i>Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable .....</i>	<i>31</i>
Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses .....	33
Prioriser les moyens en fonction des besoins .....	36
Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées .....	40
Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité .....	43
Faire évoluer les plateaux médicotechniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge .....	46
Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants .....	52
<i>Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche .....</i>	<i>57</i>
Mettre en place une organisation régionale de promotion et de diffusion des innovations dans les territoires .....	58
Encourager le développement de la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé au service de nouvelles modalités de prévention et de promotion de la santé .....	60
Accompagner la diffusion de technologies et d'organisations innovantes, favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables .....	63
Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge .....	66
<i>Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé .....</i>	<i>69</i>
Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif .....	70
Renforcer la participation des Franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé .....	73
Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité .....	76
Faciliter l'accès à une information en santé de qualité grâce au numérique .....	79
<i>Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques .....</i>	<i>82</i>
Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale .....	83
Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles .....	86
Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris .....	89
Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la Ville .....	92
Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante .....	94
<b>Deuxième partie : programmes de mise en œuvre .....</b>	<b>98</b>
Programme n° 1 : transformation territoriale des organisations de santé .....	99
Programme n° 2 : ressources humaines en santé .....	101
Programme n° 3 : allocation de ressources en santé .....	104
Programme n° 4 : production et traitement de données de santé .....	106
Programme n° 5 : information et communication en santé .....	112
<b>Troisième partie : priorités thématiques de santé .....</b>	<b>117</b>

Périnatalité et santé du jeune enfant .....	118
Santé des adolescents et des jeunes adultes .....	127
Santé et autonomie des personnes handicapées.....	132
Santé et autonomie des personnes âgées .....	137
Santé mentale.....	142
Maladies neuro-dégénératives et neurologiques.....	147
Cancers .....	154
Maladies chroniques cardiométaboliques.....	161
<b>Quatrième partie : activités de soins autorisées et permanence des soins.....</b>	<b>167</b>
Introduction à la quatrième partie.....	168
Médecine .....	171
Chirurgie .....	175
Périnatalité.....	179
Activité de Gynécologie - obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale .....	180
Assistance médicale à la procréation (AMP) .....	188
Diagnostic prénatal.....	198
Psychiatrie .....	203
Soins de suite et de réadaptation .....	211
Soins de longue durée.....	224
Cardiologie médicale et interventionnelle .....	228
Activités hautement spécialisées .....	235
Chirurgie cardiaque .....	236
Traitement des brûlés .....	238
Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie .....	240
Greffes .....	244
Médecine d'urgence .....	251
Réanimation – soins critiques.....	256
Insuffisance rénale chronique.....	263
Traitement du cancer.....	267
Génétique .....	287
Hospitalisation à domicile .....	289
Equipements matériels lourds (imagerie) .....	292
Schéma cible- permanence des soins des établissements de santé (PDSES).....	300
<b>Cinquième partie : autres focus techniques.....</b>	<b>314</b>
Conduites addictives : prévenir, réduire les risques et les dommages, soigner .....	315
La lutte contre le VIH/sida en Île-de-France .....	324
La santé des femmes .....	329
Offre en dispositifs publics de prévention : IST et VIH, vaccinations, tuberculose programmes d'éducation thérapeutique du patient.....	332
Offre en santé des jeunes et lutte contre les addictions .....	339
Offre destinée aux personnes en situation de grande précarité .....	344
Réduction des inégalités d'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées .....	350
Réduction des inégalités d'offre en santé destinée aux personnes âgées.....	352
Programmation de l'investissement en matière sanitaire et médico-sociale .....	354
<b>Annexe : glossaire .....</b>	<b>358</b>



## INTRODUCTION : UN PROJET REGIONAL DE SANTE POUR MOBILISER LES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES

La **stratégie nationale de santé** fixe l'ambition d'une évolution profonde des politiques de santé en dépassant les cloisonnements sectoriels en donnant une **place beaucoup plus centrale à la prévention** (i.e. pour préserver le « capital santé » plutôt que soigner après la survenue de la pathologie), et en facilitant les **initiatives des acteurs dans les territoires**. Ce sont logiquement ces piliers qui constituent le cœur du projet régional de santé, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Agence et ses partenaires ont tiré les conséquences de ces orientations en menant une démarche transversale qui traite de manière décloisonnée l'ensemble du champ d'intervention, de la prévention jusqu'aux prises en charge sanitaires ou médico-sociales.

Afin de fixer un cap clair, dans lequel professionnels et usagers peuvent se reconnaître, et à même de mobiliser les énergies autour d'objectifs partagés et lisibles, le projet régional de santé présente un nombre limité de priorités assorties d'indicateurs permettant son suivi, ses éventuels ajustements ou évolutions, et son évaluation.

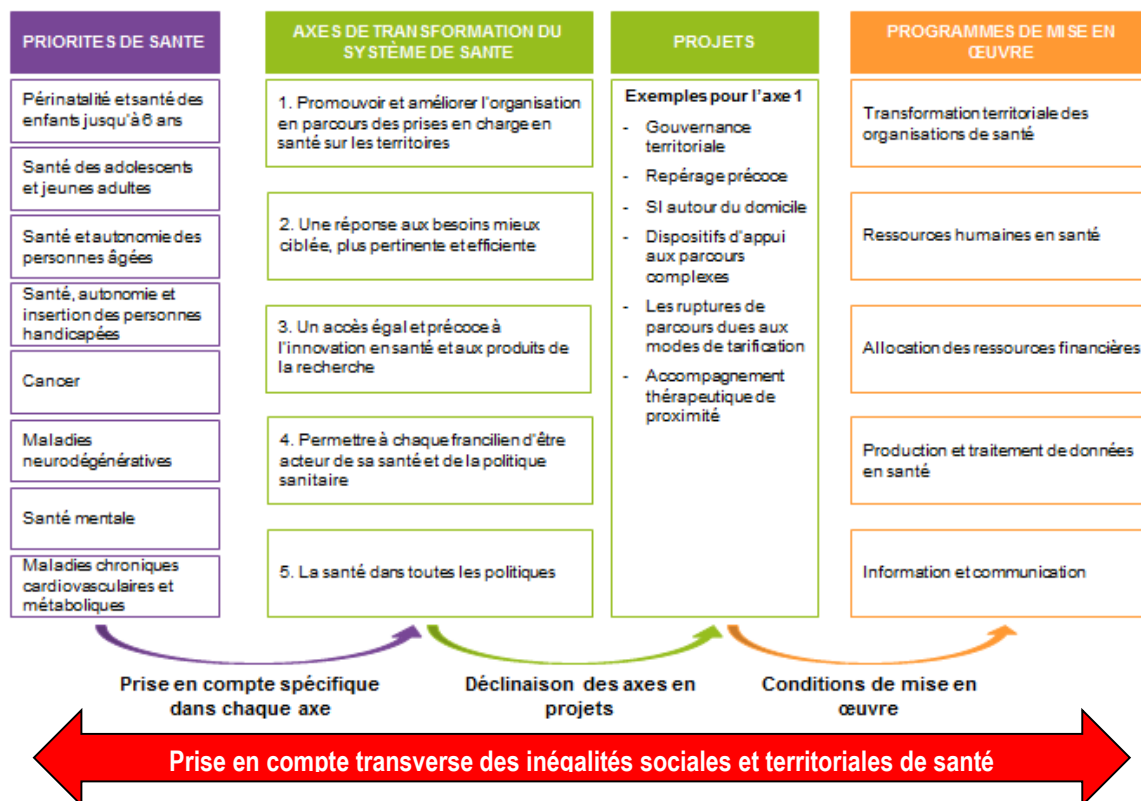
### **La méthode de construction : participation et transversalité de l'approche**

La méthode d'élaboration du projet a cherché à répondre à ces enjeux. Depuis la fin de l'année 2016, les échanges ont été intenses, à tous les niveaux. Tant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) que les conseils territoriaux de santé, ont débattu et formulé des propositions. Des dynamiques locales, appuyées sur des professionnels et des usagers ont montré leur capacité et leur volonté de travailler ensemble. Des séminaires ont été co-organisés avec la CRSA, en particulier pour réfléchir au contenu de l'approche territoriale. Les représentants des usagers ont travaillé à l'identification de ruptures dans les parcours, et de modalités selon lesquelles elles pourraient être réduites. Des habitants ont participé à un processus participatif d'identification des besoins de santé dans les quartiers populaires. Les concepts et les stratégies d'intervention ont ainsi profondément évolué pendant ces mois de réflexion et de maturation collectives.

Le document que vous avez entre les mains peut être lu de différentes manières. Le **cadre d'orientation stratégique** s'appuie sur un résumé des points saillants de l'analyse sanitaire de la région, afin d'affirmer à horizon de dix ans l'ambition collective et les priorités rappelées plus haut : la prévention, les territoires, la réduction des inégalités au regard des principaux moyens à mettre en œuvre.

Le schéma régional de santé décline les cinq **axes de transformation** du système de santé régional, qui permettent de structurer les grandes lignes de l'évolution souhaitée. Ils s'appuient sur une dynamique territorialisée, portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé, affranchie des cloisonnements sectoriels par pathologie ou par population. Cette approche vise à permettre une réponse plus adaptée aux besoins dans une région très variée géographiquement et sociologiquement, extrêmement polarisée, où les enjeux évolueront différemment, en termes démographiques, institutionnels, urbains. Le **schéma régional de santé** a une vocation à plus court terme (cinq ans) et plus opérationnelle : il détaille les stratégies d'intervention retenues et les objectifs assis sur des indicateurs. Le PRS inclut ainsi une trentaine d'objectifs évaluables, appropriables, qui visent à donner un cap clair et qui pourront être déclinés territoire par territoire en fonction des problématiques rencontrées localement.

### Synthèse de la méthode d'élaboration du PRS



Ces axes de transformation sont chacun déclinés en **projets de transformation**. Si le choix a été fait dans un souci d'efficacité, d'une approche transversale, ils ont toutefois été construits à partir d'une analyse des besoins menée sur la base de huit **priorités thématiques**. Cette analyse a montré qu'il existait de nombreux points et leviers communs, qui requerraient une approche plus globale, ne serait-ce que parce que la plupart du temps une même situation de santé correspond à plusieurs de ces priorités. Chacun des projets est d'ailleurs illustré par des actions plus spécifiques à une ou plusieurs thématiques, ainsi que par un outil particulier sur lequel l'Agence s'appuiera. Faire connaître ces outils, ces préfigurations, est utile et montre que de nombreuses avancées sont possibles, et sont d'ailleurs parfois mises en œuvre. C'est aussi une manière de reconnaître l'engagement de ces partenaires essentiels de l'ARS, qui ont eu la volonté de conduire des expérimentations parfois difficiles. C'est enfin l'acquis du premier projet régional de santé.

Ensuite, cinq **programmes de mise en œuvre** décrivent la manière dont l'Agence programme l'utilisation de ses principaux moyens d'intervention, sur la durée du PRS. Cette programmation est bien entendu indicative et évolutive mais, là aussi, donne le cap.

Enfin, certains focus sont présentés, dont une partie de portée réglementaire (**objectifs quantifiés de l'offre de soins** par département) présente de manière plus détaillée certains aspects de la programmation de l'offre en santé, et d'autres visant à donner une lisibilité à certaines problématiques (notamment les **addictions, la santé des femmes** et le **VIH**).

La dernière brique du PRS est le **programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunies (PRAPS)**, qui décline les stratégies d'intervention dédiées aux personnes les plus éloignées du système de santé, qui relèvent en Île-de-France de situations très particulières et souvent propres à la région. Ces stratégies d'intervention ont été élaborées et sont mises en œuvre en cohérence avec celles du schéma régional de santé.

Nous nous sommes efforcés de mettre en avant les liens entre les différents sujets et la cohérence de la stratégie, en indiquant par des jeux de renvois ou d'encadrés. Cette construction permet ainsi plusieurs méthodes de lecture, selon que l'on s'intéresse à un sujet, à l'une ou l'autre des priorités thématiques, à certains « fils rouges », par exemple les enjeux numériques qui concernent plusieurs des projets, ou encore aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.

La programmation de l'action de l'Agence et de ses partenaires s'appuie par ailleurs sur un certain nombre de plans, schémas, programmes ou conventions stratégiques. Nous nous sommes efforcés de faire apparaître les liens entre ces documents, notamment pour ce qui concerne le [troisième plan régional santé environnement](#) qui couvre la période 2017-2021. Ces liens sont en effet essentiels, notamment pour la compréhension de la portée de l'axe 5.

### Mise en œuvre et évaluation du projet régional de santé

Nous avons souhaité structurer la première partie du document sous forme de « projets de transformation », qui ont vocation à structurer l'action de transformation conduite par l'Agence dans les années à venir. Ces projets seront pilotés par des chefs de projet identifiés, sur la base d'objectifs et de feuilles de route élaborées en déclinaisons de ce qui figure dans le PRS. Pour permettre d'apprécier l'atteinte de nos objectifs et de mesurer l'impact de l'action conduite, le PRS fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Par ailleurs des objectifs faisant l'objet d'engagements chiffrés permettront de piloter certaines actions et d'en mesurer la réussite<sup>1</sup>.

L'ARS Île-de-France fait le choix de confier l'évaluation à un consortium pluridisciplinaire de scientifiques spécialistes de l'évaluation, qui sera sélectionné à l'issue d'un appel au projet au cours du premier semestre de l'année 2018. Cette équipe devra formaliser les méthodes permettant de répondre, en 2022, à cinq séries de questions correspondant aux cinq axes de transformation, qui détermineront dans quelle mesure le PRS aura atteint ses objectifs :

- La démarche mise en œuvre dans les territoires, visant à donner aux acteurs plus d'autonomie en vue de mieux coordonner les parcours, a-t-elle effectivement permis de réduire les ruptures de parcours ?
- Les leviers de régulation de l'offre en santé ont-ils pu être mobilisés et ont-ils permis d'améliorer la pertinence de la réponse aux besoins, notamment au regard des inégalités, et l'efficacité du système de santé francilien ?
- Les actions mises en œuvre ont-elles permis d'une part, de contribuer au développement de la recherche sur les déterminants et les services de santé et d'autre part, d'assurer un accès à la recherche et aux innovations plus homogène dans les territoires ?
- La participation des usagers et des citoyens aux politiques de santé et à leurs prises en charge s'est-elle renforcée ?

---

<sup>1</sup> La consultation publique a conduit à modifier la formulation ou le contenu de certains objectifs et indicateurs. Les travaux techniques de définition de ces indicateurs, de leurs valeurs d'origine et cibles, n'a donc pas pu être conduit intégralement dans le délai d'élaboration du projet. Ces valeurs seront publiées à l'automne 2018 dans un document d'accompagnement qui fera l'objet d'un engagement de l'Agence.

- Les politiques publiques, en dehors du champ de la santé, ont-elles mieux intégré les objectifs de santé ?

Les dispositifs de suivi et d'évaluation permettront de s'assurer que les objectifs du PRS sont bien atteints. Le cas échéant, l'évaluation devra produire des préconisations permettant de réorienter les actions afin de s'en rapprocher le plus possible. Ces dispositifs feront l'objet d'échanges réguliers avec les instances de démocratie en santé.

### Le projet régional de santé en dix notions-clés

Enfin, le PRS de l'Île-de-France s'appuie sur certains « mots-clés », pas toujours connus de tous ou dont la définition peut être polysémique. Voici les 10 mots qui nous ont paru les plus essentiels à définir avant de se lancer dans sa lecture.

**Innovation** : Une innovation est une solution nouvelle ou sensiblement améliorée (sans précédent dans le système de santé et sur un territoire identifié, en l'occurrence l'Île-de-France) dont la mise en œuvre répond à un besoin clairement identifié et dont le potentiel de création de valeur, économique ou d'usage, a été prouvé. N'est donc pas innovant tout ce qui est nouveau. A contrario, toutes les innovations ne sont pas de rupture et une solution peut être à la fois très simple et très innovante.

**Lieu de vie** : cette notion est préférée à « domicile » pour plusieurs raisons. D'abord certaines personnes n'ont pas de domicile : SDF, migrants, détenus, etc. Ensuite, de nombreuses personnes (les enfants à l'école ; les actifs sur leur lieu de travail ; etc.) peuvent avoir accès à des ressources en santé dans leur quotidien, sans pour autant être chez eux.

L'un des objectifs du PRS est de favoriser une prise en charge au plus près des lieux de vie. Cela signifie, entre autres, que le rôle de l'hôpital évoluera vers des prises en charge plus ambulatoires au profit des personnes dont le lieu de vie est effectivement capable de les accueillir, de par ses caractéristiques ainsi que l'accompagnement médical, personnel et social dont ils peuvent bénéficier.

**Pertinence** : elle peut être résumée par le tryptique « la bonne prise en charge, pour le bon patient, au bon moment » c'est-à-dire un soin approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques. La pertinence est à la fois un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité des prises en charge, dont elle apparaît de plus en plus comme une composante essentielle, mais aussi un levier d'efficacité du système de santé. Un de ses principaux outils est l'analyse collective par les professionnels de leurs pratiques, notamment sous la forme de l'évaluation des pratiques professionnelles.

La pertinence recouvre plusieurs dimensions : à l'échelle de chaque professionnel, ne recourir aux soins qu'après avoir évalué s'ils apportaient un bénéfice net de santé ou d'autonomie pour le patient. A l'échelle du parcours, recourir à des modalités adaptées pour le patient et correspondant à ses souhaits, et notamment éviter le recours à l'institutionnalisation dès que c'est possible ; mettre en place des stratégies permettant de diminuer autant que possible le risque de devoir recourir à des soins lourds, invasifs ou coûteux (par exemple en cherchant au maximum à prévenir les décompensations chez les patients souffrant de pathologies chroniques).

**Parcours de santé** : un parcours de santé est une prise en charge au cours de laquelle les différents intervenants sont effectivement coordonnés pour éviter les erreurs, incohérences, omissions d'information, etc. qui peuvent dégrader la qualité ou la pertinence de la prise en charge. Cette approche s'intéresse donc en premier lieu à la coordination effective des professionnels autour de prises en charge concrètes. Nous avons



donc écarté une approche qui considérerait de multiples parcours juxtaposés, chacun autour d'une pathologie, d'une population, d'un âge de la vie (« parcours » cancer, précarité, ou périnatalité par exemple). Un parcours est dit « complexe » lorsque la personne prise en charge cumule plusieurs difficultés qui impliquent la coordination de plusieurs stratégies de prise en charge (thérapeutiques mais aussi sociales, de handicaps ou de dépendances) et une capacité à évaluer l'ensemble de ses besoins de santé et d'autonomie. En pratique, un parcours sera identifié comme complexe à l'initiative des professionnels qui ressentiront le besoin d'un appui spécifique.

**Plaidoyer** : Les environnements où vivent, travaillent, étudient, se récréent les populations ont un fort impact sur leur état de santé et peuvent être particulièrement générateurs d'inégalités. Or, aux plans institutionnel et politique, ces derniers sont pris en charge par des acteurs de différents niveaux dont la santé n'est pas le mandat principal, et qui prennent alors des décisions dont les conséquences sur les déterminants de la santé ne sont pas pensées. Il s'agit notamment d'autres administrations de l'Etat et des collectivités territoriales.

Aussi, pour une meilleure prise en compte de la santé, la transformation de certaines pratiques ou politiques sont nécessaires et nécessitent des efforts de collaborations entre secteurs. Le plaidoyer consiste à chercher à influencer ces pratiques ou politiques dans le sens recherché, en l'occurrence celui de l'amélioration de l'état de santé. Outre une stratégie de communication, d'information et de sensibilisation, il passe par l'élaboration de partenariats stratégiques visant à construire une vision partagée des problèmes et des stratégies d'intervention mutuellement bénéfiques.

**Pouvoir d'agir** : L'expression « développement du pouvoir d'agir » est une traduction du terme anglais « empowerment ». Il s'agit d'une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie, dans un souci d'équité. Chaque individu, chaque communauté où qu'il se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence. Cette démarche est appliquée dans nombre de domaines – le social, la santé, la politique, le développement, l'emploi, le logement... – et s'adresse très souvent aux victimes d'inégalités ou de discrimination.

Le pouvoir d'agir en santé implique de faire progresser la **littératie en santé**. En effet pour réaliser des choix éclairés dans un environnement de plus en plus complexe, il est nécessaire de disposer d'une information sérieuse, concise, sensée et accessible au plus grand nombre. La littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie.

Il s'appuie également sur les **compétences psycho-sociales**, définies par L'Organisation mondiale de la santé comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. [...] ». Elles sont reconnues aujourd'hui comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être et les évaluations des interventions centrées sur ces compétences (une quinzaine de synthèses de la littérature depuis 2004) ont démontré que leur développement favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative et contribue à prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale et les comportements violents et sexuels à risque. Ce développement se fait de façon optimale lorsque l'enfant les expérimente et les observe dès son plus jeune âge. C'est pourquoi les ateliers de développement des compétences psychosociales à destination des enfants et des parents figurent parmi les stratégies de prévention et de promotion de la santé les plus anciennes et les plus reconnues.

**Prises en charge programmées/non programmées** : une prise en charge « non-programmée » n'est pas inscrite dans un parcours de santé cohérent et pertinent ou dans la continuité d'une prise en charge.

Elle peut être « non-programmable » du fait de son urgence ou de l'impossibilité d'anticiper son motif, auquel cas la bonne réponse est la structuration de prises en charge cohérentes, accessibles et lisibles (c'est notamment le cas des épisodes aigus chez les personnes en bonne santé générale).

Elle peut également être anticipable, notamment dans les situations de décompensation chez des patients souffrant de pathologies chroniques ou de dégradation de l'état d'une personne en perte d'autonomie, auquel cas la bonne réponse passe par l'amélioration de la prise en compte des facteurs de risque et par l'amélioration de la coordination des acteurs, incluant le patient (identification et transmission des signes d'alerte, élaboration d'une réponse pertinente, partagée et anticipée).

**Qualité** : dans notre projet, les prises en charge sont considérées comme étant de qualité si elles répondent à la fois aux enjeux de sécurité et de **pertinence**.

**Territoire** : le cadre d'orientation stratégique rappelle la polysémie du terme et l'enjeu de tenir compte de plusieurs niveaux de territoire. Le cadre régional est essentiel au plan institutionnel et pour la planification de certaines activités de recours très spécialisé. Le cadre départemental est essentiel : il est celui d'un premier niveau de démocratie en santé, avec les conseils territoriaux de santé ; les conseils départementaux constituent des partenaires essentiels puisqu'ils sont responsables de la politique sociale et de la protection maternelle et infantile, de certaines actions de prévention, et qu'ils copilotent une grande partie de l'offre à destination des personnes âgées ou handicapées. Enfin, l'échelle de proximité est essentielle s'agissant de certains dispositifs et actions de prévention.

Le territoire de coordination quant-à-lui constitue une importante nouveauté du PRS, visant à mettre en œuvre une approche de responsabilité populationnelle. Il est, avant tout, défini par les pratiques de ceux qui y vivent ou y travaillent, et y ont donc des besoins de santé. Le territoire n'est donc pas défini a priori par des limites administratives et notre PRS n'a pas cherché à définir un « territoire de santé » idéal, mais plutôt à chercher le bon « territoire de coordination ». Ce territoire est choisi par les professionnels qui co-construisent des projets visant à répondre aux besoins de santé. Le plus souvent, il se rapprochera sans doute des bassins de vie regroupant, en grande couronne, quelques agglomérations et leur environnement et, en petite couronne, un groupe de quelques communes reliées par de grandes infrastructures de transport ou mettant en commun certains services. Mais, ce n'est pas à l'ARS de le définir a priori et hors de la proposition des professionnels.

**Usager/citoyen/patient/habitant...** : de nombreux termes peuvent désigner les personnes qui ont des besoins de santé. Ils sont tous relativement limités ou excluants. Dans notre PRS, les mots usager, bénéficiaire, habitant, personne... sont presque interchangeables puisque chaque Francilien est à la fois un habitant, un usager et un citoyen. Ils désignent toute personne ayant un besoin de santé ou d'autonomie. Il existe toutefois de légères nuances dans certains contextes :

Le terme « **usager** » sera utilisé pour identifier un individu utilisant un service en santé, il devient alors un usager du système de santé. Cette notion englobe plus largement la personne malade, le patient mais tout utilisateur de l'offre en santé qu'elle soit de prévention, hospitalière, médico-sociale ou ambulatoire, au sein d'une structure ou à domicile. L'usager a des droits « individuels » : accès à l'information, accès au dossier médical, participer aux décisions concernant sa santé... Il a aussi des droits « collectifs » : le droit, par exemple, d'être représenté dans des lieux d'expression des représentants d'usagers : conseils, commissions.

Le terme « **habitant** » sera employé pour désigner l'individu dans son quartier ou son territoire de vie.

Le terme « **citoyen** » sera utilisé pour désigner toute personne participant à la vie de la cité, au débat politique et à la construction des politiques publiques.

Le mot « **patient** » en revanche est réservé aux personnes qui sont effectivement prises en charge par le système de soins. Différentes appellations existent pour valoriser le **savoir expérientiel du patient**. Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. Le patient expert est avant tout acteur de sa propre santé. Ce terme est également employé dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique. Ce patient expert peut aussi intervenir en tant que personne ressource pour les autres : en appui des équipes soignantes, dans les programmes de formation... Le terme de pair aidant est surtout employé dans le secteur de la santé mentale.

## PREMIERE PARTIE : AXES ET PROJETS DE TRANSFORMATION

## **Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires**

### **Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :**

Les parcours de santé seront améliorés en mobilisant les nombreux leviers et outils déjà utilisés ou qui seront expérimentés dans la région visant à :

**La préservation du capital santé de chacun**, grâce aux actions de promotion de la santé et d'amélioration des conditions de vie.

**L'amélioration de la capacité du système de santé à repérer et prendre en charge (y compris en termes de prévention) ceux qui en ont besoin** mais dont l'orientation est difficile, ou ceux qui ne parviennent pas à trouver les bonnes portes d'entrée et qui sont à ce titre mal pris en charge. Beaucoup de fragilités, qui possèdent une dimension le plus souvent à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale, pourraient être détectées plus tôt, ce qui retarderait considérablement l'apparition des complexités de la maladie et permettrait de préserver l'autonomie des personnes.

Le système de santé doit également renforcer sa capacité à appréhender chaque individu dans sa globalité et nécessiter des approches coordonnées, personnalisées et plurielles au-delà du sanitaire.

**Le renforcement de la coordination des prises en charge**, afin d'éviter les aléas de parcours, les interactions mal prises en compte entre différentes maladies et différents traitements, et de s'assurer que les stratégies thérapeutiques mises en place sont cohérentes avec les situations sociales des personnes (isolement, problèmes cognitifs, domicile inadapté...).

### **Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons six objectifs d'ici à 2022<sup>2</sup> :**

- Avoir augmenté le nombre de professionnels unique ayant contacté les dispositifs d'appui aux parcours
- Avoir diminué la part des hospitalisations « évitables »
- Avoir diminué le taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Avoir diminué la mortalité périnatale des territoires dans lesquels elle est supérieure à la moyenne nationale, pour l'avoir ramenée au niveau de cette moyenne
- Avoir entièrement couvert l'Île-de-France par le dispositif e-parcours
- Avoir conduit jusqu'à leur terme et évalué 10 expérimentations dans le cadre de l'article 51

---

<sup>2</sup> Certaines cibles seront fixées dans le cadre de l'annexe statistique qui sera publiée à l'automne 2018

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

## Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs

Des parcours sans rupture impliquent une grande capacité des acteurs à se coordonner pour prévenir les ruptures générées par le système de santé et à réduire les ruptures liées à des mécanismes sociaux (accès aux droits, compréhension du système, accessibilité géographique). Des dynamiques locales fortes, préfigurant un fonctionnement en « équipes territoriales », doivent apparaître et être soutenues.

### 1. Finalité de l'action

Le décloisonnement des parcours de santé implique une capacité des acteurs de terrain à s'organiser et à mettre en place des projets concrets permettant d'améliorer les prises en charge. Sur la durée du PRS, des coalitions d'acteurs doivent donc apparaître et se structurer dans l'ensemble de la région Île-de-France.

Ces dynamiques locales seront constituées sur une base territoriale, parce qu'on ne travaille bien ensemble qu'en se connaissant. Il s'agit bien de territoires d'action, dessinés à l'initiative des acteurs et pas sur une base administrative. Ces coalitions seront larges, incluront des acteurs bien au-delà du soin et de la santé (usagers et patients, services publics tels que l'aide sociale ou l'éducation nationale, élus locaux, tissu associatif...)<sup>3</sup>.

L'Agence est déterminée à se positionner en appui de ces initiatives, d'abord pour formaliser un cadre leur permettant d'émerger, ensuite en leur fournissant un appui, un accompagnement via une « offre de services », paramétrable mais homogène. C'est à la description synthétique de cette « offre de services » qu'est consacré l'essentiel de l'axe 1.

Enfin, ces coalitions doivent être le lieu de la synthèse entre les différents leviers de contractualisation dont dispose l'Agence, et notamment les différents contrats d'objectifs et de moyens passés avec les structures de santé, le contrat spécifique passé avec le Service de santé des armées et les contrats locaux de santé ou de santé mentale. L'ensemble de ces contrats portent avant tout des enjeux de proximité mais doivent pouvoir faire l'objet d'échanges dans un cadre plus large.

### L'émergence de territoires de coordination en Île-de-France

Les politiques de santé sont de plus en plus territorialisées. Si les territoires d'intervention sont nécessairement différents en fonction des problématiques, il a semblé nécessaire de faire émerger des « territoires de coordination », correspondant aux pratiques des acteurs, dans des bassins de santé où il est possible de travailler ensemble et en confiance. Plutôt qu'une définition administrative ou résultant d'une analyse statistique, les échanges ont conduit à privilégier des territoires proposés par les coalitions d'acteurs eux-mêmes, dans le cadre du projet « e-parcours » (cf. p. X) et de la dynamique qu'il a permis d'amorcer. Il en résulte entre 20 et 25 territoires, relativement homogènes puisqu'ils regroupent entre 400 000 et 700 000 habitants chacun, mais aux caractéristiques très diverses qui guideront la construction de réponses « sur mesure ».

<sup>3</sup> Ces notions ont été formalisées dans divers documents programmatiques, cf. par exemple *Construire l'avenir à partir des territoires*, Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2017. Elles constituent également le fondement de la méthode d'intégration mise en œuvre par les MAIA et de nombreux contrats locaux de santé.

## 2. Stratégie d'intervention

Le premier objectif est de permettre l'apparition de ces coalitions. Le cadre retenu à cette fin est le projet « e-parcours » (cf. encadré et fiche relative aux usages du numérique) dont le prérequis majeur est la capacité d'un groupe d'acteurs le plus large possible à formaliser un projet commun intégrant une notion de responsabilité populationnelle. D'autres cadres pourront également être pertinents, notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les contrats locaux de santé quant à eux ont vocation à être généralisés et renforcés dans leurs dimensions de pilotage conjoint, de structuration territoriale de l'expression des besoins, de développement de réponses partagées, et de développement de politiques publiques favorables à la santé ; ce renforcement inclura aussi une hiérarchisation des moyens mis en œuvre par l'Agence en fonction des besoins prioritaires, mesurés à travers l'IDH2 et la présence de quartiers politiques de la Ville significatifs. » Comme rappelé plus haut, les territoires proposés dans ce cadre serviront de maille de référence pour l'ensemble des projets de coordination.

Ces coalitions devront s'organiser, structurer une représentation, puis formaliser un projet, sur la base de priorités cohérentes avec celles du PRS, de l'identification des besoins de coordination, et des outils disponibles ou à créer. Elles mettront donc ces outils en œuvre en les adaptant à leurs besoins locaux, mais auront également pour rôle de formaliser une expression de besoins auprès de l'Agence. Le rôle de celle-ci sera ensuite de tenter de répondre au mieux à ces besoins, en s'appuyant sur ses partenaires techniques ou experts (réseaux régionaux pour les outils propres à certaines pathologies, structures régionales d'appui s'agissant de la qualité des soins, maillage de structures de prises en charge spécialisées, par exemple en addictologie ou dans la prise en charge des personnes précaires, GCS Sésan pour le numérique ou plateforme « Promosanté IdF »).

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Déployer la méthode d'intégration au-delà du champ des personnes âgées, en s'appuyant sur les compétences déjà disponibles dans les MAIA
- Couvrir la région en projets territoriaux de santé mentale
- Renforcer les conseils locaux de santé mentale : déploiement, articulation avec les CLS, intégration d'un volet adolescents, le tout dans le cadre d'un cahier des charges synthétique traduisant les priorités du PRS
- Faire évoluer le positionnement des structures d'appui ou de prise en charge spécialisées (filiales AVC ou gériatrie, réseau Oncorif, CSAPA, PASS, ...) vers une approche plus territoriale

## 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les dynamiques territoriales constituées ont vocation à s'emparer de l'ensemble des outils décrits pour tenter de régler les difficultés qu'elles auront identifiées sur leurs territoires. Ces dynamiques ont également vocation à être des incubateurs d'innovation (axe 3). Un accès facilité à des données territorialisées (axe 2) sera un élément essentiel.

En conformité avec l'axe 4, il sera essentiel que les patients, usagers, citoyens soient associés aux gouvernances qui se mettront en place. Ces dynamiques territoriales devront également être le lieu de convergence entre priorités de santé et autres politiques publiques, dans la logique de l'axe 5.

## 4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas en lien direct avec d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

## Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisés

De nombreuses ruptures de parcours avec un impact socio-sanitaire certain sont dues à des fragilités qui auraient pu être détectées et prises en charge plus précocement.

Cela passe notamment par une mobilisation plus large des professionnels, soignants et non soignants, la mise à leur disposition d'outils adaptés à leurs pratiques, et par un système de santé qui évolue pour être plus perméable et réactif aux signaux.

### 1. Finalité de l'action

De nombreux signaux peuvent alerter sur un état de santé fragile ou dégradé et permettre d'éviter une dégradation de la santé des personnes. Or, bon nombre d'entre eux ne sont pas pris en compte ou transmis à la bonne personne au bon moment et ce pour de nombreuses raisons :

- personnes sans contact avec le système de santé voire en rupture de droits sociaux ; ayant des difficultés à s'orienter ou à accéder au bon professionnel,
- mais aussi méconnaissance par les professionnels concernés des signaux à détecter, de l'absence d'identification du bon interlocuteur ou absence de coordination entre les professionnels, en raison d'une prise en charge trop segmentée. .

Il en résulte une dégradation évitable de l'état de santé et des inégalités d'autant plus marquées selon que la personne est en capacité ou non de s'orienter dans le système de santé .

L'objectif n'est pas tant de multiplier les outils de dépistage ou de repérage, qui souvent existent, que de les intégrer dans les différents parcours de santé et dans la pratique des professionnels au quotidien. Cela signifie de rendre accessibles ces outils, en les faisant connaître et en les mettant facilement à disposition des professionnels qui auraient identifié un besoin.

Cela signifie également intégrer dans les démarches de repérage d'autres acteurs que ceux du soin, et notamment, les professionnels du quotidien, qui sont souvent les mieux placés pour détecter les signaux d'alerte tels que enseignants, professionnels de l'enfance, travailleurs sociaux.

Ces acteurs doivent être impliqués dans l'élaboration d'outils pour s'assurer de leur pertinence et disposer de possibilités d'alerter effectivement les professionnels du système de santé afin d'aider les personnes à être orientés dans des parcours de santé i adaptés

Enfin, l'écoute du patient doit être centrale pour que tous les signes d'alerte soient détectés. Cette dimension doit devenir mieux valorisée dans les pratiques.



### Le programme de suivi des nouveau-nés vulnérables

Le programme de suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, enfants ayant présenté une pathologie périnatale sévère) est déployé sur tout le territoire francilien. Il vise à organiser un suivi par des professionnels formés aux problématiques spécifiques de ces enfants, pendant les 7 premières années de vie, pour limiter le risque de sur-handicap et l'impact des inégalités sociales sur le développement des enfants.

Le suivi du développement global de l'enfant (moteur, sensoriel, cognitif) et le repérage précoce des troubles du développement (notamment des troubles de la relation, des apprentissages), permettent d'intervenir très en amont en faisant appel à des prestations de psychomotricité et à l'orientation si nécessaire vers des prises en charge spécialisées (type CAMSP). Ce programme doit être poursuivi et intensifié dans les zones où les tensions sur la démographie des professionnels ne permettent pas de mettre en place un suivi adapté aux difficultés détectées. C'est d'autant plus important que ces territoires sont souvent les plus précaires.

## 2. Stratégies d'intervention

**Prioriser les politiques de repérage et de dépistage, sur les territoires, les populations et les personnes à risque** : les facteurs sanitaires (état de santé, comportements et facteurs de risque) mais aussi sociaux (pauvreté, ruptures de droit, difficultés linguistiques, travail en horaire décalé, isolement) sont souvent de bons indicateurs avancés, qui à la fois justifient et permettent, pour certaines pathologies ou populations (femmes enceintes vulnérables, jeunes avec conduites à risque, personnes précaires ou en rupture de droits), de mettre en œuvre des stratégies plus efficaces.

**Elargir le champ de ceux qui repèrent** : les professionnels du social, de l'habitat, de l'enfance et de l'éducation nationale, de la santé au travail, de l'insertion, doivent être les relais de premier rang des difficultés sociales et sanitaires des personnes avec lesquelles ils travaillent. Ils doivent être sensibilisés, lors de leur formation ou par des campagnes ad hoc, aux risques qui pèsent sur les publics avec lesquels ils sont en contact, et disposer d'outils adaptés et co-construits. Enfin, ils doivent avoir accès à des possibilités d'orientation, via des dispositifs d'appui aux parcours complexes ou la médecine de premier recours.

**Intégrer le dépistage et le repérage précoce dans les dynamiques territoriales** : la construction de programmes de repérage, ciblés sur les problématiques identifiées localement et fondés sur un réel partenariat entre les acteurs, sera une des priorités au sein de chaque territoire. Il faut pour cela que les acteurs puissent disposer d'outils, de protocoles validés, de ressources d'expertise identifiées, et de systèmes d'information partagés.

**Construire des partenariats institutionnels ciblés** : certaines institutions dans ou hors du champ de la santé (collectivités territoriales et notamment les CCAS, éducation nationale, y compris la médecine scolaire, et enseignement supérieur, acteurs de la santé au travail, assurance-maladie et le dispositif PFIDASS, acteurs de l'insertion) apparaissent comme devant être associés en priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de repérage/dépistage, avec des partenariats traduits localement.

**Faire en sorte que les personnes repérées ou dépistées soient prises en charge et suivies** : le signal d'alerte doit pouvoir être systématiquement transformé en une prise en charge pertinente.

Ainsi, la construction d'un dispositif de repérage doit systématiquement s'accompagner d'un circuit d'adressage, de signalement, et d'un dispositif structuré et coordonné de professionnels qui assurent une prise en charge pertinente.

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Dépister précocement les vulnérabilités en période périnatale, en s'appuyant sur les dispositifs à évaluer (entretien prénatal précoce, consultation d'accueil et d'orientation, plateforme d'appui pour parcours de grossesses complexe....) et sur la confortation des services de PMI
- Poursuivre le développement des dispositifs de diagnostic précoce dans le champ de l'autisme et des troubles spécifiques de l'apprentissage et mieux organiser le parcours gradué de diagnostic et de prise en charge
- Intégrer la pratique de la détection de la souffrance psychique aux pratiques des professionnels de santé non spécialisés en santé mentale
- Systématiser les consultations psy post urgences et les dispositifs de re-contacts après tentative de suicide.
- Conduire une démarche d'optimisation du repérage et de l'orientation des jeunes en situation de vulnérabilité avec un partage des signaux et une meilleure coordination des acteurs, et valoriser le rôle du psychologue comme ressource de premier recours
- Renforcer la politique de dépistage des cancers, notamment pour les populations éloignées du dépistage et les personnes à haut risque, raccourcir les délais de diagnostic et de prise en charge
- Conduire une démarche globale de repérage du risque cardiovasculaire (diabète, HTA, hypercholestérolémie, tabac, sédentarité, stress) pour les populations à risque, en s'appuyant notamment sur la campagne régionale de co-dépistage diabète - insuffisance rénale, et en faisant en sorte que les personnes dépistées soient effectivement prises en charge.
- Expérimenter des actions de repérage de l'épuisement de l'aidant
- Améliorer le taux de dépistage précoce du VIH chez les jeunes, en intégrant la démarche des 3 x 95%
- Renforcer la lisibilité et le rôle des consultations jeunes consommateurs (CJC)
- Améliorer le dépistage du saturnisme infantile à la fois dans les territoires à fort risque et dans les territoires à risque intermédiaire, notamment dans ceux d'entre eux faiblement couverts
- Améliorer la sensibilisation des professionnels de santé au repérage précoce à travers de stages au sein du service sanitaire des étudiants en santé orientés soit vers les dispositifs de dépistage soit vers des dispositifs passerelles en direction de publics fragiles

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres. La construction d'outils et de stratégies de repérage et leur diffusion sur le territoire, ainsi que de la capacité du système de santé à tenir compte des signaux, seront un objectif majeur des coalitions d'acteurs. Ces outils devront être intégrés dans les systèmes d'information (projet 4). Le caractère central des acteurs et professionnels hors du secteur sanitaire montre l'importance de l'enjeu que ces coalitions d'acteurs soient très larges (projet 1) et donc de sensibiliser certaines institutions, notamment l'éducation nationale et les services sociaux des collectivités territoriales, aux enjeux sanitaires (axe 5).

Par ailleurs la capacité du système de santé à rendre les personnes proactives quant à leurs propres signaux d'alerte et autonomes dans leur capacité d'analyse et d'orientation, ainsi qu'à garantir une écoute active des professionnels à leur contact, est essentielle (axe 4).

#### **4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec la déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé sexuelle, le programme régional de santé au travail et avec la sous-action 3 de l'action 4.1 du PRSE, relative au dépistage du saturnisme.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

## Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques

L'usage du numérique et surtout son intégration dans les organisations et les pratiques professionnelles est un levier majeur d'amélioration des parcours de santé des Franciliens au plus près de leur domicile ou de leur lieu de vie.

### 1. Finalité de l'action

De nombreux outils et services numériques permettent de coordonner les différents acteurs, temps et lieux de prise en charge et permettent de répondre aux évolutions sociétales qui renforcent également le pouvoir d'agir de l'usager dans son parcours. Cette réponse numérique doit être adaptée aux particularités des populations auxquelles elle s'adresse, de leurs lieux de vie, pour ne pas générer de nouvelles inégalités. Les services et outils numériques peuvent ainsi contribuer à améliorer les parcours à travers cinq grandes catégories de services :

**Renforcer le pouvoir d'agir de la personne** : grâce aux services numériques, les usagers, de manière autonome, sont à même de mieux comprendre, évaluer, suivre leur état de santé et d'orienter leur parcours.

**Renforcer les échanges entre les professionnels et le patient** : à travers l'usage du numérique, la relation entre le patient et chacun des professionnels qui le suivent peut être facilitée, dans un souci de pertinence, de qualité, d'anticipation des besoins et d'organisation du parcours.

**Faciliter l'exercice coordonné des professionnels au service du patient** : le numérique participe par le partage et l'échange de l'information à la coordination du parcours au lieu de vie du patient, avec comme objectifs d'éviter les hospitalisations via le renforcement de la prévention, de diminuer la dépendance, d'organiser l'entrée et la sortie de l'hôpital. Cela passe par des services facilitant les échanges entre plusieurs professionnels au sujet de la situation de santé du patient.

**Faciliter la réponse aux besoins d'une patientèle via une organisation concertée inter/intraprofessionnelle sur un territoire** : de nouvelles réponses organisationnelles émergent grâce à des services numériques.

**Faciliter l'élaboration de projets** : Il s'agit d'améliorer la connaissance dont bénéficient les porteurs de projet à propos du territoire, des dispositifs, de l'organisation, et de leur fournir des outils de portage de projets (communication, élaboration, suivi, ...).

### Le projet « e-parcours »

Ce projet, porté au niveau national, constitue la capitalisation de l'expérimentation « terr-esanté » conduite dans l'ouest du Val-de-Marne ainsi que du projet PAERPA parisien, avec un socle de services est un acquis essentiel : l'intégration ou l'accès d'un dossier patient partagé dans les outils informatiques usuels des professionnels concernés. En Île-de-France, l'ambition est de déployer des outils numériques de coordination sur l'ensemble de la région en moins de 5 ans. Ces outils ne pourront être déployés que sur la base d'une réelle volonté des acteurs de travailler ensemble. Dès les deux premières vagues de l'appel à projet dans le courant 2017, 12 projets correspondant aux prérequis, concernant l'ensemble des départements et couvrant des territoires regroupant près de la moitié de la population régionale, ont pu être proposés par des groupes d'acteurs larges, regroupant professionnels de ville, structures hospitalières, médico-sociales ou de coordination et collectivités territoriales. Six ont été d'ores et déjà retenus par le ministère chargé de la santé, qui se prononcera sur les 6 autres au cours du premier semestre 2018. Les autres territoires de coordination seront couverts progressivement en 5 ans.

## 2. Stratégie d'intervention

La stratégie s'appuie sur l'espace numérique régional de santé (ENRS) qui met à disposition des professionnels et des usagers-patients un panier de services qui vise à faciliter l'organisation, la planification, le suivi, la coopération entre tous. La maturité de ce socle technique permet de déployer quatre axes d'intervention :

**Compléter le portefeuille numérique régional.** Les champs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'accompagnement thérapeutique, de l'accès aux soins et de la conservation des droits et informations sanitaires des personnes en très grande précarité et/ou en errance, pourraient être mieux couverts par des services numériques.

**Intégrer les services numériques régionaux et nationaux (DMP) dans les systèmes d'information de chacun des acteurs,** notamment dans une optique de meilleure intégration territoriale et de coordination renforcée.

**Implémenter le numérique dans un territoire** au service d'un projet de santé impliquant une coopération et une coordination plus fluides entre les différents acteurs (cf. l'encadré sur le projet e-parcours).

**Inscrire la télémédecine dans le quotidien :** le socle technique est désormais opérationnel et la tarification entre progressivement dans le droit commun, à partir de 2018. Il s'agit désormais de faciliter la mise en œuvre d'une organisation territoriale adaptée. En particulier le déploiement de la télémédecine doit se poursuivre au profit des patients vivant dans des lieux de privation de liberté (prisons, centres de rétention administrative, zones d'attente de personnes en instances...) mais aussi se développer pour les personnes hébergées dans des centres dédiés (migrants, SDF, ...).

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Annuaire de structures et de services (RCP, services hospitaliers spécialisés en prises en charge des adolescents, RESAD, ...), à faire converger à terme vers les programmes structurants (ROR, DMP, Maillage) pour permettre leur accès via les outils métier/d'orientation.
- Outils d'échange (lettres de liaison, dossier de coordination en cancérologie), intégrés dans les logiciels métier des professionnels concernés.
- Outils d'aide à l'orientation : via-Trajectoire, ...
- Organisations de télémédecine : téléconsultations sur le lieu de vie pour les personnes en perte d'autonomie ou détenues, en particulier pour l'évaluation ou la réévaluation psychiatrique ; télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, des grossesses à risque, des personnes diabétiques, des pathologies neurologiques, des chimiothérapies à domicile, etc. ; téléexpertise pour la rétinopathie ou l'électroencéphalogramme du nouveau-né ;
- Applications et dispositifs connectés permettant l'autonomie du patient à domicile.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les outils sont au service des projets de santé et des dynamiques territoriales. Ils sont aussi les supports d'un apprentissage du travail collectif pour ces dernières. Si les services numériques font ainsi partie d'une « offre de services », ils constituent une opportunité pour faire évoluer les organisations et les pratiques. A ce titre, le numérique est bien entendu un des enjeux des innovations organisationnelles soutenues dans le cadre de l'axe 3. Il constitue également une vraie opportunité d'accroissement du pouvoir d'agir (axe 4).

Enfin ce projet constitue un élément essentiel des programmes de mise en œuvre « Transformation territoriale des organisations » et « Production et traitement des données » qui viendront en détailler les modalités.

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

## Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

### Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes

L'objectif est d'améliorer l'appui aux professionnels de santé, aux aidants et aux patients eux-mêmes pour la mise en place et le suivi des prises en charge des patients en situation complexe. Cela passe par la convergence sur chaque territoire des dispositifs d'appui existants.

#### 1. Finalité de l'action

Les professionnels de santé, et particulièrement les médecins traitants, ainsi que les patients et leurs aidants sont de plus en plus souvent confrontés à des situations complexes (pluri-pathologie, vieillissement de la population, maladies chroniques, complexité sociale, isolement du patient, ...) pour lesquelles un appui peut leur être nécessaire, en particulier pour :

- des demandes d'informations quant aux ressources du territoire pouvant être mobilisées
- une aide à la coordination du parcours de santé des patients, en lien avec les autres professionnels et partenaires du territoire
- le besoin d'une expertise médicale, sociale ou médico-sociale

Des dispositifs d'appui à la coordination existent mais ils sont souvent peu connus des patient et des professionnels de santé, difficilement lisibles les uns par rapport aux autres, et souvent consacrés à une pathologie ou une thématique (réseaux de soins thématiques) ou à une population particulière (CLIC, gestion de cas par les MAIA ou les réseaux, MDPH ...). Par ailleurs, ils relèvent de financeurs et/ou de modalités et circuits de financement différents, alors même que des moyens financiers importants existent quel que soit l'âge du patient, sa pathologie ou le motif de la requête.

Conformément à la stratégie nationale de santé, cette offre doit être rendue plus lisible et plus accessible pour les patients, les aidants et les professionnels. Un patient en situation complexe, caractérisée par l'addition de problèmes de santé multiples et d'une perte d'autonomie ou un isolement, qui justifie donc une prise en charge coordonnée à la fois soignante et sociale, doit pouvoir être évalué, orienté et bénéficier d'un projet de santé pertinent. Cela passe par la réorganisation des structures, leur rapprochement, l'identification d'un point de contact, de préférence unique, auprès duquel on est certain de trouver une réponse intégrée à savoir :

- un circuit unifié de traitement des sollicitations dans des délais qui ne créent pas de perte de chance ;
- une expertise transversale couvrant les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale, y compris la santé mentale et l'accès aux droits (lien avec les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé de l'assurance maladie), pour une prise en charge globale et coordonnée

### Des préfigurations de guichets intégrés : la maison des aînés et des aidants à Paris, la plateforme Onco 94 dans le Val-de-Marne, les opérateurs regroupés en Seine-et-Marne et dans l'Essonne

Il existe déjà de nombreuses préfigurations de rapprochement de structures assurant la coordination des parcours complexes. A **Paris**, sur le territoire PAERPA (9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements), les équipes de la MAIA et du CLIC constituent la coordination territoriale d'appui et sont ainsi regroupées sous forme de « maison des aînés et des aidants », dans les mêmes locaux, avec le même personnel, ce qui lui a donné une beaucoup plus grande visibilité vis-à-vis des professionnels de ville et a amélioré le niveau de service à destination des personnes âgées. Dans le **Val-de-Marne**, le projet Terr-esanté a été conduit en s'appuyant sur le réseau Onco 94, devenu plurithématique et assumant désormais les missions d'une plateforme territoriale d'appui regroupant en son sein la MAIA et les CLIC du territoire. En **Seine-et-Marne** ou dans **l'Essonne** sur plusieurs territoires, la MAIA, le CLIC et le réseau plurithématique sont portés par les mêmes opérateurs, ce qui permet là aussi une plus grande efficacité et surtout une réponse plus intégrée au service de l'amélioration des parcours.

## 2. Stratégie d'intervention

La convergence et l'intégration des dispositifs d'appui aux parcours complexes doit résulter du diagnostic conduit localement et de la volonté des acteurs. Autant que possible, elle doit s'appuyer sur l'existant, la richesse des compétences et de l'expérience accumulée. Elle s'appuiera sur les cinq éléments suivants :

**Clarification des missions et des ressources** : le niveau de service à attendre des dispositifs d'appui devra être précisé, en prenant en compte les projets de santé élaborés sur les territoires de coordination (réactivité, nature de l'appui, files actives prévisionnelles, ...). Les modalités et les niveaux d'intervention de chaque dispositif devront être définis afin d'identifier les missions respectives et de proposer une organisation intégrée. Les ressources financières aujourd'hui consacrées à cet appui seront identifiées et leur bon usage analysé pour vérifier leur adéquation à ce niveau de service souhaité.

**Point d'entrée unique** : dans chaque territoire un point de contact et des moyens simples de contact (mail, formulaire de contact interfacé avec les outils métier des professionnels, ligne téléphonique dédiée...) devront être identifiés, rendus opérationnels et portés à la connaissance des professionnels susceptibles d'y recourir.

**Systèmes d'information** : la capacité à traiter des informations dispersées, à évaluer rapidement les situations et à assurer un suivi coordonné des patients sera au cœur des missions des dispositifs d'appui. En conséquence ces dispositifs devront être associés de très près à la mise en œuvre locale du projet e-parcours.

**Réingénierie des financements** : la LFSS pour 2018 autorise la fongibilité des financements MAIA/réseaux. Cela ouvre la porte à un pilotage financier unifié de ces structures, qui intégrera des objectifs de file active et de résultat par rapport aux attentes en terme de niveaux de service.

**Formation et ressources humaines** : le métier de coordonnateur de parcours ou de gestionnaire de cas est un métier émergent, qui vise à suivre et à organiser le parcours des personnes en situation complexe. Des offres de formation tant initiales que continues existent : il conviendra de veiller à leur consolidation et leur actualisation.



#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Articulation avec les dispositifs d'orientation / évaluation / appui spécialisés : RESAD, PCPE, situations complexes autisme, accès à l'IVG, parcours des grossesses complexes, réseaux orientés maladies neurologiques, CSAPA pour ce qui concerne la polyconsommation ...
- Montée en compétence et accès à l'expertise de ces dispositifs « généralistes » en renforçant leurs liens avec les dispositifs d'appui régionaux (réseaux régionaux, CAPNeuro, psycom, ...)
- Limitation des ruptures de prises en charge et de pertes de données de santé pour les personnes en grande précarité (sortants de prison, SDF en errance, migrants, ...)

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : parmi les premiers objectifs des dynamiques territoriales se trouve l'objectif d'unification des dispositifs d'appui aux parcours. L'accompagnement technique et administratif proposé par l'ARS fait ainsi partie de « l'offre de services » décrite p. 12. Par ailleurs les dispositifs d'appui aux parcours disposeront parmi leurs outils de base des éléments décrits dans les projets relatifs au numérique, au repérage précoce et à l'accompagnement thérapeutique personnalisé.

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

## Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

L'accompagnement thérapeutique de proximité s'entend comme tous les dispositifs de proximité favorisant une appropriation du parcours de santé par le patient et un renforcement de son autonomie face à la maladie.

### 1. Finalité de l'action

Le retentissement de la maladie ou de la situation de perte d'autonomie sur la vie quotidienne est considérable et couvre tous les domaines inhérents à la qualité de la vie. D'un point de vue intrinsèquement lié à la pathologie, cela induit une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, de soins médicaux ou paramédicaux, de soins psychologiques et éducatifs, voire une perte de mobilité. Pour chacune de ces situations, des ruptures de prise en charges s'observent. Ce constat global met en évidence la nécessité de développer des dispositifs adaptés aux besoins des patients.

Ces modalités d'accompagnement peuvent s'appliquer à l'ensemble de thématiques prioritaires (patients chroniques, handicap, personnes âgées) ou tout simplement à un épisode de soin ponctuel, voire aux personnes détenues ou retenues qui n'ont de ce fait pas accès aux prises en charge.

#### Vers l'éducation thérapeutique en ville

Le protocole entre l'URPS médecins et l'ARS Île de France de juillet 2017 prévoit la mise en place d'un dispositif pour permettre aux médecins de ville la pratique d'une éducation thérapeutique par le biais de séances spécifiques abordant plus largement l'ensemble des déterminants de santé du patient chronique et favorisant l'acquisition de connaissances pour mieux gérer leur pathologie. Cette activité peut notamment s'envisager à l'annonce de la maladie ou faire suite à un épisode aigu qui a nécessité une hospitalisation d'urgence et éventuellement en relais d'un programme d'ETP délivré à l'hôpital.

### 2. Stratégie d'intervention

**Intégrer au parcours de soins/santé les actions de prévention et promotion de la santé (telles que l'activité physique adaptée, nutrition, etc....) :** La logique de parcours intègre l'action sur les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Cette action devra être intégrée de plus en plus dans les prises en charge assurées par les divers intervenants du système de santé. Cela pourra prendre par exemple la forme d'une coordination entre le médecin prescripteur et ces opérateurs par le biais d'outils construits à cet effet. Le dispositif « Prescriform » en constitue une illustration immédiate (cf. l'axe 5).

**Mettre en œuvre et capitaliser des expérimentations nationales et territoriales d'accompagnement thérapeutique :** un appel à projet national dédié à l'accompagnement des personnes malades, en situation de handicap ou à risque de développer une maladie chronique sur le plan administratif, sanitaire et social pour gagner en autonomie et qui vient en application de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit entièrement dans ce cadre. Trois projets ont été retenus en Île-de-France et seront suivis pendant plusieurs années en vue d'affiner une définition et un référentiel de type d'action. Par ailleurs, une

expérimentation de prévention chez les 50-75 ans à haut risque de diabète est mise en place en Seine-Saint-Denis en s'appuyant sur un coaching intensif autour de la diététique et de l'activité physique.

**Inscrire l'éducation thérapeutique dans une logique de proximité, au plus près des lieux de vie** : l'offre actuelle est à plus de 80 % hospitalière. L'objectif est de réorienter les pratiques vers les lieux de vie, pour augmenter la part des programmes en ville avec les professionnels de premier recours, les associations de patients et les collectivités territoriales en prenant en compte les territoires déficitaires et les besoins de santé identifiés. A cet effet, seront déclinés des appels à projets spécifiques à ce sujet et des structures ressources territorialisées, destinées à apporter une expertise méthodologique, seront mises en place. La qualité des actions devra être renforcée.

Enfin, en dehors d'une offre de programme autorisée par l'Agence, la mise en évidence d'une pratique éducative complémentaire réalisée par les professionnels de premiers recours doit être rendu lisible et accompagnée. Le travail conjoint de l'Agence et de l'URPS médecins en est une illustration. D'autres expériences sont envisageables, notamment dans le cadre du pouvoir de dérogation dont dispose le directeur général de l'Agence sur cette thématique.

Dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé, il convient d'inciter les promoteurs des programmes à mieux définir la prise en compte dans le déroulé des programmes d'ETP des conditions sociales et de vie des patients, afin de disposer de programmes répondant mieux aux contraintes sociales, professionnelles, familiales ou financières de ces patients

**Structurer les prises en charge autour du lieu de vie** : de nombreuses organisations se sont mises en place pour assurer des soins au lieu de vie (domicile mais aussi institutions médico-sociales, centres de détention ou de rétention par exemple), telles que réseaux, équipes mobiles intervenant en milieu extra-hospitalier, services de soins infirmiers à domicile « renforcés » ou hospitalisation à domicile. Ces organisations sont aujourd'hui insuffisamment structurées et coordonnées, ce qui se traduit par des délais de prise en charge trop longs et très hétérogènes en fonction des territoires. Il convient de progresser sur ces aspects.

Par ailleurs les besoins de prise en charge de certaines personnes hébergées dans des institutions qu'elles ne peuvent quitter que très difficilement (handicapées, personnes détenues ou retenues) ne sont pas tous correctement assurés, par exemple s'agissant des soins odontologiques ou du suivi gynécologique. La télémédecine peut offrir des réponses mais une offre adaptée doit par ailleurs être structurée.

L'aide à la prise en charge thérapeutique des personnes à la rue et sans hébergement constitue un enjeu majeur dans le champ de la tuberculose, qui reste une préoccupation très forte en Île-de-France ; cette prise en charge devra s'appuyer à la fois sur les structures de droit commun (CLAT) et sur des démarches dédiées (EMLT) ou des expérimentations complémentaires

Enfin certaines prises en charge pourraient être mieux adaptées aux besoins et souhaits des personnes, en allégeant la technicité lorsque c'est possible. C'est par exemple le cas des filières physiologiques en obstétrique qui devraient être déployées largement.

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mettre en place l'intervention d'équipes spécialisées à domicile (neurologiques ; réadaptation ; ...), en s'appuyant sur les SSIAD et les HAD, dans des délais raccourcis
- Mettre en œuvre dans les territoires un parcours global coordonné sanitaire, social, médico-social pour les personnes en situation ou à risques de handicap psychique
- « Restructurer » l'ETP, avec l'objectif d'une ETP plus proche des lieux de vie et des professionnels de ville (« ETP ambulatoire »)
- Renforcer la place des sages-femmes dans le suivi des grossesses à bas risque en proximité
- Intégrer dans le parcours de santé des pratiques non thérapeutiques, notamment l'activité physique adaptée, pour les patients souffrant de perte d'autonomie, de maladie chronique, en EHPAD, ...
- Systématiser la stratégie de réduction du tabagisme chez les personnes à haut risque ou prises en charge pour cancer ou maladies cardio-vasculaires

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres et la construction d'un accompagnement thérapeutique de proximité fait partie des objectifs et des leviers à la disposition des dynamiques territoriales décrites p.

Les enjeux de mobilité liés aux pathologies chroniques, parfois invalidantes, doivent encourager le recours aux outils innovants notamment numériques (axe 3). L'accompagnement thérapeutique de proximité constitue par ailleurs un levier important du renforcement du pouvoir d'agir des patients détaillé dans l'axe 4. Enfin l'intégration de pratiques non thérapeutiques dans les parcours nécessite la mobilisation d'acteurs responsables des politiques publiques dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique (axe 5, projet 5).

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec l'action 4.3 du PRSE 3, relative à la maîtrise des facteurs environnementaux de l'asthme et des allergies.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

## Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours

Il s'agit d'expérimenter, à l'initiative des acteurs, des modes de financement permettant de fluidifier les parcours des patients sur le territoire, puis de déployer ces expérimentations.

### 1. Finalité de l'action

Les réflexions portant sur une « tarification au parcours », garante de plus de pertinence et de qualité des prises en charge, ainsi que d'une place accrue de la prévention, se multiplient<sup>4</sup>. Pourtant aujourd'hui certains modes de tarification ou de financement induisent des ruptures, inadéquations ou incohérences dans la prise en charge des malades, ils peuvent avoir des effets pervers (ruptures de parcours / baisse de qualité des soins / renoncements aux soins), provoquer des blocages, etc. Ces inadaptations relèvent par exemple :

- D'une étanchéité entre plusieurs logiques de tarification parallèles ;
- D'une vision budgétaire plutôt qu'économique, qui ne tient notamment pas compte des restes à charge ;
- De difficultés pour fongibiliser certaines enveloppes financières.

Au niveau régional, l'ARS ne maîtrise qu'une part des dispositifs de financement, beaucoup de règles étant fixées au niveau national (soins de ville, tarification à l'activité hospitalière, certaines MIG, ...). Toutefois la loi permet désormais des dérogations (cf. encadré).

Il est donc possible de mettre en place, dans un cadre limité et donnant lieu à évaluation de l'efficacité médico-économique, des modes de financement alternatifs, avec l'objectif d'œuvrer à leur généralisation. L'enjeu est de mettre en place un cadre permettant aux acteurs, regroupés en dynamiques territoriales, de proposer des modes de financement susceptibles d'améliorer les parcours (en favorisant le maintien au domicile, la coordination des professionnels, l'anticipation des décompensations, les actions de prévention plutôt que de soin, la pertinence au regard des attentes des patients, ...), de les tester et de valider leur efficacité.

#### L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Le code de la sécurité sociale (art. L. 162-31-1) autorise désormais les ARS à mettre en place des expérimentations de modes de financement, à l'échelle régionale le cas échéant. Ces expérimentations permettent de déroger à l'ensemble des règles de financement prévues par la réglementation, et même à certaines règles relatives à l'organisation des soins. Les ARS ont une marge de liberté dans la manière dont elles sélectionnent ces expérimentations. L'ARS Île-de-France a choisi de s'ouvrir aux initiatives territoriales qui devront être suscitées, détectées et accompagnées, dans une logique de co-construction des projets qui paraîtront pertinents.

<sup>4</sup> Cf. notamment en 2017 : *Rapport charges et produits pour l'année 2018*, CNAMTS, juillet 2017 ; *Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre santé*, Sénat, MECSS, juillet 2017.

## 2. Stratégie d'intervention

Il s'agit de mettre en place un cadre d'expérimentations permettant aux acteurs regroupés en coalition de proposer des modalités de financement expérimental, lorsque cela répond à une difficulté identifiée dans le cadre de leur dynamique territoriale. Cette possibilité sera également ouverte à l'Agence et à l'assurance maladie, ainsi qu'aux partenaires institutionnels (fédérations, URPS, collectivités territoriales). Les projets seront présélectionnés sur la base de critères simples, répondant à trois enjeux :

- **L'expérimentation répond-elle à un besoin identifié** : la manière dont elle améliorera le bénéfice ou la qualité de la prise en charge pour l'usager, sans dégrader la sécurité, grâce à une meilleure coordination entre professionnels, est-elle claire ?
- **L'expérimentation peut-elle faire l'objet d'un passage à une échelle plus large**, parce qu'elle s'autofinance ou apporte un bénéfice médico-économique ?
- **L'expérimentation est-elle évaluable** : existe-t-il des indications suffisantes (exemples étrangers, tests à petite échelle, ...) qu'elle pourrait être efficace, et une méthodologie d'évaluation est-elle envisageable ?

Les projets ainsi présélectionnés bénéficieront ensuite d'un appui de l'Agence pour :

- Accéder à une méthodologie d'expérimentation à la fois robuste, suffisamment rapide et légère pour pouvoir être appropriée par les acteurs concernés.
- Trouver des territoires d'expérimentation, notamment là où des dynamiques territoriales suffisamment ancrées et transversales permettront de tester efficacement.

Il est raisonnable d'anticiper qu'en rythme de croisière, il sera possible d'accompagner, y compris financièrement, 5 à 10 projets à la fois.

### Exemples d'expérimentations envisageables relevant des thématiques prioritaires

- Forfaitisation de certains épisodes de soins (séquence de séances de radiothérapie, pose d'une prothèse totale de hanche)
- Remboursement des soins réalisés par les psychologues et évaluation médico-économique de l'impact sur la consommation de médicaments
- Solvabilisation des soins réalisés par les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens (non pris en charge par l'Assurance maladie), dans le cadre d'un financement au parcours (nouveau-nés vulnérables, troubles spécifiques des apprentissages, adolescents en souffrance, ...)
- Prise en charge partielle du reste à charge pour l'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation
- Création d'unités de soins prolongés complexes en soins de longue durée pour des patients en SSR
- Intégration dans le tarif des EHPAD de certaines dépenses (médicaments, kinésithérapie, transports, ...)
- Visites de coordination à domicile effectuées par les médecins traitants pour les personnes en perte d'autonomie ou à faible mobilité
- Modèle économique de la coordination et modalités de partage des gains économiques découlant de l'amélioration des parcours

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les dynamiques territoriales constituées ont vocation à s'emparer de l'outil expérimental ici proposé pour tenter de régler les difficultés qu'elles auront identifiées sur leurs territoires, par exemple en tentant de mettre en place un accompagnement thérapeutique particulier ou parce qu'elles ont repéré une source de rupture particulière. Ce cadre d'expérimentation fait ainsi partie de « l'offre de services » décrite p. 12.

Ce cadre d'expérimentation doit également permettre d'accompagner les innovations organisationnelles soutenues dans le cadre de l'axe 3. En conformité avec l'axe 4, il sera essentiel que les patients, usagers, citoyens soient associés à l'identification des freins aux parcours d'origine financière, et aux expérimentations permettant de les lever.

Enfin ce projet constitue un élément essentiel du programme de mise en œuvre « Allocation de ressources ».

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

## Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

### Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

**Une offre de santé plus conforme aux besoins** : alors que la région connaît de profondes inégalités et que les dynamiques spatiales sont hétérogènes, l'offre de proximité poursuit un mouvement de concentration vers le cœur d'agglomération et quelques pôles dynamiques et il existe des « zones blanches » en matière de prévention collective. Cette évolution spontanée doit être contrecarrée, ralentie voire inversée lorsque des leviers efficaces existent. Par ailleurs, le diagnostic montre que, si le niveau d'offre est en moyenne très bon, il connaît quelques failles (personnes handicapées, enfants de 0 à 6 ans, vaccination).

**Des soins plus pertinents et de meilleure qualité** : la iatrogénie reste un problème prédominant de notre système de santé. Pour les personnes polypathologiques, notamment âgées, elle est même une source majeure du recours aux soins. Par ailleurs, le recours à des soins non pertinents, de mieux en mieux documenté, reste également trop important et constitue une source importante de dépenses de santé (entre autres le recours inutile aux urgences ou aux soins hospitaliers non programmés). La culture de la qualité et de la pertinence sera développée en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

**Des ressources, notamment humaines, utilisées à bon escient** : la bonne réponse aux besoins ne nécessite pas nécessairement de disposer de plateaux techniques complets partout et tout le temps, dans la mesure où indépendamment de leur coût, ils requièrent pour fonctionner des spécialistes très bien formés. Le maillage des plateaux techniques (imagerie, pharmacies à usage intérieur hospitalières et médico-sociales, blocs et réanimations, laboratoires de biologie médicale) aura donc été restructuré en vue de garantir une meilleure accessibilité et un usage optimisé des ressources. Les services d'urgence seront recentrés sur leur cœur de métier en s'appuyant sur le développement d'une offre alternative de services à la population, notamment en ville là où c'est possible.

### Pour ce faire, nous nous fixons treize objectifs d'ici à 2022<sup>5</sup> :

- Limiter les durées d'hospitalisation des personnes âgées qui résident en EHPAD
- Avoir ralenti l'augmentation le nombre de passages aux urgences
- Avoir augmenté de 2,5 % par an la proportion des ES et ESMS ayant déclarés des événements indésirables
- Avoir diminué la consommation d'antibiotiques en ville
- Avoir réduit la polymédication chez les personnes âgées
- Avoir augmenté le taux d'occupation des places en ESMS PH enfants au titre de l'amendement Creton
- Avoir augmenté le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés
- Avoir augmenté la part de la population qui a déclaré un médecin traitant
- Avoir réduit de 10 % les écarts de ressources assurance maladie liées à l'offre pour personnes âgées entre les départements

<sup>5</sup> Certaines cibles seront fixées dans le cadre de l'annexe statistique qui sera publiée à l'automne 2018



- Avoir augmenté de 10 % la part des services concourant au maintien à domicile par rapport à l'ensemble de l'offre médico-sociale pour personnes âgées
- Avoir développé l'intervention de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, avec une progression visée de 15% en 5 ans
- Avoir atteint un taux moyen d'ambulatoire de 50% pour les séjours hospitaliers de médecine
- Avoir réduit de 10% les taux de fuite corrigés M, C et O des départements présentant les taux de fuite les plus importants et notamment en périphérie

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

## Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Il s'agit de mieux connaître, mieux évaluer et mieux s'accorder avec les partenaires sur les besoins prioritaires, les territoires prioritaires et les réponses à apporter.

### 1. Finalité de l'action

L'ARS doit améliorer l'usage des corpus de données pour développer une approche territoriale et sociale plus précise et doit, pour cela, mieux mobiliser l'ensemble des bases de données disponibles (épidémiologie, socio-démographie, géographie populationnelle, offre de soins, consommation de soins et dépenses Assurance maladie, ...). L'utilisation des données est à approfondir à travers une meilleure structuration de son usage en interne à l'Agence, mais aussi en mobilisant l'ensemble des partenaires ou opérateurs (représentants des professionnels de santé, établissements, usagers, ORS, CIRE) mais aussi l'échelon régional voire national de l'Assurance maladie, les agences régionales d'urbanisme ou les institutions de recherche et les départements d'information médicale hospitaliers).

#### Le système d'information « suivi des orientations des personnes handicapées »

Le système d'information des maisons départementales des personnes handicapées a vocation à converger vers un système commun, intégré dans les stratégies d'urbanisation régionales. Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France a fait le choix de financer le déploiement dans les huit départements d'un système d'information de suivi des orientations des personnes en situation de handicap vers les établissements et services médico-sociaux. Ce système s'inscrit dans le cadre de la « démarche une réponse accompagnée pour tous ».

Il permettra notamment de suivre la mise en œuvre des orientations dans le contexte de la réponse accompagnée, et de mieux connaître l'offre disponible. En miroir, le système d'information commun des MDPH permettra à terme de mieux connaître les besoins à partir d'une évaluation fine des situations individuelles.

### 2. Stratégie d'intervention

La connaissance des besoins et de la qualité des réponses peut être améliorée en Île-de-France sous plusieurs aspects répondant aux quatre interventions suivantes :

Le projet nécessite de **compléter la connaissance**, en inventoriant les bases de données disponibles en interne ARS et en externe et en identifiant les données manquantes nécessaires pour répondre aux objectifs du PRS2, en priorisant quatre thèmes : **la démographie des professionnels, les inégalités de santé (notamment celles qui affectent les personnes les moins favorisées ou en rupture : détenues, SDF, migrants, habitants de campements ou de bidonvilles), les besoins en matière de handicap et les soins non programmés**. Pour progresser sur certains de ces sujets, il sera nécessaire de construire des partenariats d'études (universités, écoles, ...) et d'échanges de données (CRIES, CREAL, conseils départementaux, MDPH, agences d'urbanisme, ...).

En second lieu, **l'accès aux corpus de données doit être facilité**, en anticipant le besoin d'informations et mettre à disposition des outils accessibles au plus grand nombre pour mener des analyses en particulier sur les priorités thématiques et les projets du PRS 2, à des niveaux territoriaux assez fins (structurer une production de tableaux de bord, mettre à disposition des données détaillées via un outil d'utilisation simple, enrichir le SIG « SantéGraphie », ...). Au-delà, pour permettre à plus d'intervenants de travailler sur les données, il sera nécessaire de réaliser une documentation sur les sources de données disponibles pour permettre à tous d'avoir une connaissance des bases existantes et de leur utilité, incluant les biais et limites d'utilisation (fiches descriptives par base de données : SNIIRAM-DCIR, RPPS-ADELI, ...).

En troisième lieu, eu égard aux **enjeux en matière de prospective démographique**, il convient de développer des études dans ce domaine, et d'intégrer plus largement les dynamiques urbaines, territoriales et démographiques dans les études géo-populationnelles sous-tendant des actions de régulation des établissements de santé en Île-de-France et d'accompagnement des professionnels de proximité.

S'agissant de la connaissance des inégalités sociales de santé, il conviendra de saisir toutes les opportunités pour que l'identification de la position sociale (CSP, niveau de revenu, niveau d'éducation...) soit intégrée dans les systèmes d'informations au fur et à mesure de leur mise en œuvre, notamment pour ceux traçant le parcours des patients dans le système de soins. En attendant, l'analyse par des proxys (type de couverture sociale et lieu de domicile) devra être systématisée.

Enfin il s'agit de renforcer la lisibilité, la comparaison et la **connaissance infra-territoriale** des données socio-démographiques, environnementales et sanitaires, en étroite collaboration avec les acteurs et observateurs de l'aménagement des territoires, pour faciliter la priorisation de territoires à enjeux et accompagner la mise en œuvre d'aménagements urbains tenant compte des vulnérabilités.

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Elaborer des tableaux de bord territorialisés pour chacune des priorités thématiques
- Améliorer (nature des informations et modalités de partage de l'analyse) les diagnostics territorialisés réalisés pour les CLS et CLSM
- Mener des études de cohorte ou relatives aux pratiques des professionnels (adressage, ...) associant les patients. Exemple : SINPATIC pour le cancer, modernisation du registre cardio-ARSIF, ...
- Consolider des partenariats d'étude : avec l'ORS (mission observation santé des jeunes), l'assurance maladie, PERINAT-ARS-IdF, ...
- Etablir des partenariats avec des équipes universitaires (en particulier en socio-anthropologie) pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale et évaluer les actions entreprises
- Améliorer la connaissance en routine de la démographie et de l'activité des professionnels de santé intervenant dans le champ des priorités thématiques.
- Mieux connaître les structures spécialisées sur les territoires (prise en charge des handicaps rares, SSR neurologiques, enquête rythmologie...)

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Il est d'ores et déjà évident que l'accès facilité à des données constituera la base des diagnostics et plans d'action qui pourront être élaborés au niveau territorial par les coalitions d'acteurs mentionnées dans l'axe 1.

Par ailleurs la construction d'une réponse aux besoins plus adaptée, telle que prévue dans les projets de l'axe 2, nécessite de pouvoir accéder et analyser les données aisément et sur une base partagée, notamment s'agissant des inégalités et des enjeux de démographie des professionnels. De la même manière, la stratégie de plaidoyer et de mobilisation des politiques publiques prévue à l'axe 5 devra mobiliser des données fiables.

Enfin ce projet constituera un élément essentiel du programme « Production et traitement des données ».

### 4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet aura des points d'articulation ou de complémentarité avec le plan régional santé environnement 2017-2021 (PRSE3<sup>6</sup>), notamment ses actions 2.3, 3.1, 3.2, 3.3 et 3.5, ainsi qu'avec le protocole de collaboration ARS-ANRU (cf. objectif 2.2 dédié aux actions de diagnostic).

---

<sup>6</sup> PRSE 3 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-prse-ile-de-france>

## Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

### Prioriser les moyens en fonction des besoins

Il s'agit de mieux connaître, mieux évaluer et mieux s'accorder avec les partenaires sur les besoins prioritaires, les territoires prioritaires et les réponses à apporter.

#### 1. Finalité de l'action

Le diagnostic décrit une région Île-de-France où l'offre de santé, qu'elle relève de la prévention, des soins ou de l'autonomie, est très hétérogène. Polarisée au sein des agglomérations et particulièrement de Paris pour la plupart des aspects, elle apparaît au contraire beaucoup plus développée en grande couronne pour l'offre médico-sociale en établissements. Au sein même de ces grands espaces, les situations sont diverses, la Seine-Saint-Denis notamment apparaissant paradoxalement moins dotée alors même que l'état socio-sanitaire de la population justifierait des efforts particuliers. Au sein des franges des départements de grande couronne, l'offre sous tous ses aspects est concentrée dans des villes moyennes où elle est parfois fragile, notamment du fait de la démographie de certaines professions et du vieillissement accéléré de la population. A l'échelle locale, les quartiers en Politique de la Ville sont le plus souvent caractérisés par de très fort besoins de santé et un déficit majeur en ressources.

L'enjeu est donc de rééquilibrer cette offre en affirmant une détermination d'autant plus forte que les logiques de programmation induisent une forte inertie. Cette dynamique doit prendre en compte les grands déterminants épidémiologiques, y compris la caractérisation sociale qui détermine à la fois une exposition plus forte à certains risques, un état de santé plus dégradé, et des obstacles à l'usage du système de soins, une évolution démographique qui sera très différenciée en fonction des territoires. Elle doit également tenir compte de la démographie de certaines professions critiques et, dans certains territoires, du rôle spécifique d'établissements de santé le plus souvent publics qui assument de fait une responsabilité populationnelle et territoriale globale, et justifie une approche différenciée en leur faveur. Cette approche conduit nécessairement à envisager les possibilités d'accès aux soins primaires globalement et non par type de structure (ville, hôpital, médecine scolaire ou PMI, structures de prise en charge des addictions ou des personnes précaires) et en se préoccupant en premier lieu de la présence effective de professionnels plutôt que de l'existence de places, lits ou structures.

#### Le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires

La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté et sur-mesure. Le plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires propose des solutions aux problématiques identifiées par les patients, mais aussi par les élus et les professionnels de santé. Sa déclinaison en Île-de-France vise particulièrement à répondre aux enjeux de démographie des médecins généralistes.

##### Le plan s'articule autour de 4 axes prioritaires :

- 1- Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- 2- La mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances
- 3- Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue
- 4- Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans

le cadre d'une responsabilité territoriale
--------------------------------------------

## 2. Stratégie d'intervention

Ce contexte et ces besoins nécessitent une priorisation forte de l'allocation des ressources, prenant des formes différentes selon les champs identifiés. Cette priorisation, dans ses objectifs, ses méthodes et sa temporalité, doit être partagée, dans chaque champ, avec les acteurs régionaux.

En premier lieu ce PRS est le lieu d'affirmer, sur les dix ans à venir, trois priorités fortes en termes de champs d'intervention : en premier lieu, le soutien à la démographie et aux conditions d'exercice des professionnels du premier recours, dans les zones sous denses. En deuxième lieu, la création de 5 000 solutions nouvelles au profit des personnes souffrant de handicap, permettant de progresser vers l'objectif de « zéro sans solution ». Enfin, la prévention doit continuer à être privilégiée dès que c'est possible, dans tous ses aspects (y compris la prévention « médicalisée » intégrée dans les parcours des personnes malades).

Elle impliquera des redéploiements de moyens importants, notamment au profit de la grande couronne et de la Seine-Saint-Denis s'agissant des moyens sanitaires, ainsi qu'entre certains champs de l'offre. Elle impliquera également d'introduire dans les logiques de priorisation les caractéristiques sociales des populations concernées, y compris à l'échelle très locale pour les soins de premier recours. Elle ne pourra être mise en œuvre que si elle est explicitée, débattue puis acceptée et ce d'autant qu'elle devra pour engager une réduction significative des inégalités territoriales, être conduite au moins sur la durée du Cadre d'orientation stratégique (COS).

Le premier enjeu est de construire un diagnostic par champ, tenant compte de l'état de l'offre mais aussi et surtout de l'état de santé de la population et de ses grands déterminants, notamment socio-démographiques. C'est le sens de la construction d'une cartographie des financements dans le champ médico-social, qui conduit à identifier des zones prioritaires et à proposer une démarche de convergence partielle sur 5 ans. Ce diagnostic pourra être relativement différencié, une partie de la réponse devant se faire en proximité mais une autre relevant du recours. Par ailleurs, dans certains domaines, les patients peuvent souhaiter une prise en charge plus ou moins éloignée de leur lieu de vie (santé sexuelle, certains champs de l'addictologie ;..), sans que cette hypothèse ne justifie en elle-même l'absence de disponibilités en proximité Ce diagnostic par champ est précisé dans les focus thématiques de la cinquième partie de ce document.

Ce diagnostic par champ doit toutefois être dépassé pour deux raisons :

- **De plus en plus d'usagers relèvent de** champs qui ne peuvent être analysés séparément. Ainsi les personnes très âgées recourent aux EHPAD mais constituent désormais également une part dominante du recours aux USLD, au SSR, voire aux urgences dans certains territoires. De la même manière l'offre en périnatalité, à destination de certaines déficiences mentales ou en addictologie relève à la fois de la ville, de l'hôpital, des dispositifs de prévention individuelle ou collective et du médico-social.
- **Dans certains territoires, la réponse aux besoins connaît un déficit** qui impose d'envisager la situation dans sa globalité, en termes notamment de démographie de certaines professions critiques. La substitution de certaines formes de réponse par d'autres doit alors être envisagée, mais surtout une stratégie globale d'attractivité à l'égard des professionnels. Cela peut conduire à reconnaître, dans certains territoires, le rôle particulier du centre hospitalier de référence. Ce rôle échoit notamment aux centres hospitaliers de la Seine-Saint-Denis, [du sud] de la Seine-et-Marne et globalement de la « grande périphérie » régionale. Ces analyses devront être approfondies, territoire par territoire, pour identifier les leviers précis à mettre en œuvre localement. Certains territoires peuvent également

connaître des spécificités sociales très particulières qui impliquent de prioriser les actions en matière de prévention (présence de prisons, bidonvilles, ...).

Dans certains champs, et c'est particulièrement le cas de la démographie des professionnels, **des réponses sur mesure doivent être construites, qui tiennent lieu des enjeux d'attractivité globale du territoire**. Le lien avec les universités, la participation à la recherche, le lien avec des établissements ou équipes de référence via entre autres la télémédecine, l'exercice partagé entre plusieurs types de structures (qui requière une expertise poussée de l'Agence au plan notamment juridique), les conditions d'exercice (facilité d'échanges de l'information, participation à des dynamiques territoriales, modernité des équipements, ...) sont essentielles dans cette construction. Par ailleurs, les leviers directement à la main des pouvoirs publics (répartition des postes partagés, validation des terrains de stage, aides à l'installation ou à l'investissement) doivent être mobilisés en cohérence avec cette stratégie globale.

Cette démarche de priorisation sera accompagnée de la construction d'indicateurs numériques permettant de mesurer les rééquilibrages et de rendre compte aux partenaires, opérateurs et professionnels des territoires non prioritaires, du bon usage de cette allocation de ressources différenciée selon les territoires.

#### Une démarche partagée par l'ensemble des thématiques prioritaires

La démarche à mettre en œuvre pour chacune des thématiques prioritaires partage de nombreux points communs et notamment les étapes suivantes :

- Repérage des zones à fort besoin sur les priorités thématiques en croisant les indicateurs d'offre (densité des professionnels, situation des structures), la morbi/mortalité, des indicateurs socio-démographiques, des indicateurs de recours. Ce travail déjà réalisé pour certaines priorités (personnes âgées et handicapées, cancer, périnatalité, plan IVG, santé mentale) mais reste à faire pour d'autres.
- Rattrapage/rééquilibrage régional grâce aux outils de planification disponibles (places, financements, ...). A cet égard, les leviers des postes partagés (assistants partagés notamment) est le plus directement efficace pour les spécialités critiques.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment primordiaux pour définir une stratégie de priorisation à un niveau suffisamment fin. Une optimisation des prises en charge non programmées (projet 2-3) ainsi que des parcours sans rupture, limitant le recours à des soins non pertinents ou liés à des décompensations (projet 2-4, axe 1) est essentiel pour diminuer la pression sur les établissements et les professionnels dans les zones en déficit.

Par ailleurs la stratégie d'investissement devra intégrer, outre les inégalités territoriales, les enjeux d'évolution des plateaux medicotechniques (projet 2-5). Les choix de priorisation devront bien entendu tenir compte de la situation particulière des enfants (projet 2-6). Enfin la capacité d'innovation et de recherche des territoires constitue un enjeu fort d'attractivité pour les professionnels (axe 3).

Les programmes de mise en œuvre « Ressources humaines » et « Allocation de ressources financières » seront particulièrement mobilisés par ces enjeux.

**Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantation d'équipement matériel lourd devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus. Des focus techniques décrivent la méthode et les objectifs suivis en matière de priorisation des ressources pour les différents domaines d'intervention (prévention collective, offre de soins et démographie des professionnels, offre médico-sociale).**

#### **4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec le programme régional d'accès à l'IVG et la déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé sexuelle, ainsi qu'avec la déclinaison régionale du plan de réduction du tabagisme et du plan national addictions.



Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

## Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées

L'accès aux prises en charge non programmées nécessite une nouvelle approche autour d'un patient. Cet accès, qu'il soit adapté ou non, est en forte progression au sein du système de santé. Mieux anticiper ce phénomène et moins subir ses impacts, adapter les solutions aux spécificités de chaque territoire et aux besoins du patient sont autant d'enjeux et d'objectifs. Cela passe par une connaissance accrue des déterminants de cette dynamique.

### 1. Finalité de l'action

Les demandes de prises en charges non programmées sont en développement croissant dans la plupart des pays développés. Elles prennent deux formes : un recours à des structures lourdes et spécialisées pour des soins ne le nécessitant pas ; et un accès à des soins spécialisés insuffisamment organisé qui transforme les urgences en un passage obligé. Cette croissance a longtemps été observée plus qu'anticipée, subie plus que maîtrisée. Il en résulte des prises en charge non pertinentes et une désorganisation des parcours pour les usagers ; et une pression très forte sur le système de santé et notamment les soignants.

Si la plupart de ses causes semblent intuitives (sociales, organisationnelles, comportementales, épidémiologiques,...), l'intrication des différents facteurs, variable en fonction des spécificités des territoires, complexifie la compréhension du phénomène et l'identification des leviers adéquats pour agir. Dépasser une approche du soin non programmé limitée à une réponse structurelle pour une approche systémique transversale éclairée est un enjeu majeur du PRS 2. Pour ce faire, il convient sur la base d'un état des lieux à construire et d'une connaissance à parfaire :

- D'élargir le sujet de la réponse non programmée, au-delà du soin et du sanitaire, notamment à la prévention et au social.
- De dépasser la logique de réponse par le prisme de la gestion des offres et des flux à une réponse multimodale de proximité intégrant les spécificités liées aux typologies de patients, à leurs comportements, aux pratiques et aux conditions de prise en charge afin d'aboutir à une utilisation plus pertinente du système de prises en charge non programmées
- Développer le juste soin au bon endroit et au bon moment dans une organisation graduée des soins non programmés prenant en compte les spécificités des territoires et les besoins des populations, le cas échéant en s'appuyant sur de nouvelles structures innovantes
- De diminuer les prises en charges « non programmées » non urgentes par anticipation ou substitution vers des parcours de soins « programmés », notamment pour les pathologies chroniques

### L'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD

Les résidents des EHPAD franciliens, dont la moyenne d'âge à l'entrée est de 86 ans, sont pour la plupart atteints de plusieurs pathologies dont des maladies neurodégénératives, nécessitant une vigilance des soignants aussi bien le jour que la nuit. Ainsi, l'organisation de l'accès à une compétence infirmière la nuit dans les EHPAD, via une présence physique quotidienne (1 infirmier mutualisé sur 3 à 4 EHPAD de proximité géographique) a été expérimentée depuis 2013 dans 22 EHPAD franciliens pour améliorer la continuité des soins et faciliter les retours d'hospitalisations des résidents. L'évaluation médico-économique a mis en évidence une diminution significative de la durée d'hospitalisation des résidents des EHPAD représentant 4 jours d'hospitalisations évités par an et par résident, depuis la mise en œuvre du dispositif. Par ailleurs, une

amélioration de la qualité de vie des résidents, une réassurance ainsi qu'un renforcement des compétences des équipes présentes la nuit au sein des EHPAD sont autant d'indicateurs positifs mis au jour par l'étude réalisée. Fort de ces résultats, le déploiement de l'organisation de la continuité des soins en EHPAD, via une présence physique ou un système d'astreinte, a été engagé fin 2017 par l'ARS Île-de-France. Ce sont ainsi 71 nouveaux EHPAD qui s'engagent dans cette démarche dès 2018.

## 2. Stratégie d'intervention

Elle s'appuie sur deux leviers principaux, l'amélioration de la connaissance du phénomène, et la recherche d'une meilleure capacité du système de prise en charge à anticiper. Ce deuxième aspect s'appuiera sur un cadre ouvert, formé de quelques principes et objectifs forts, laissant aux acteurs locaux une grande autonomie pour mettre en œuvre des solutions impliquant un renforcement de la coordination territoriale.

### A. Connaître – Mesurer – Evaluer

**Quantifier les flux et suivre leur évolution dans le temps** : Identifier les flux au plus proche des territoires, élaborer des suivis d'activité synthétiques et transversaux permettant d'anticiper les dynamiques. Cette approche devra se faire en concertation étroite avec l'Observatoire Régionale des Urgences qui pourrait avoir pour cible à moyen terme d'évoluer vers un observatoire régional des soins non programmés.

**Identifier et analyser les différentes typologies d'utilisateurs** : L'identification et la caractérisation de populations cibles au sein des flux est un enjeu majeur permettant d'envisager des actions spécifiques afin de réinsérer les patients dans des parcours de soins plus adaptés. Cela permettra de cibler le travail sur certains parcours particulièrement générateurs de prises en charge non programmées.

**Réaliser un état des lieux et une cartographie de l'offre** : La visualisation dans l'espace et le temps de l'offre de soins non programmés est un élément essentiel. L'élaboration d'outil d'aide à l'orientation pour le professionnel mais aussi pour l'utilisateur, le cas échéant, pourra être envisagé à partir de cet état des lieux.

**Identifier les attentes des acteurs (usagers, professionnels de santé, collectivités,...)** : La prise en compte des évolutions sociétales et comportementales est essentielle pour mieux comprendre les attentes des usagers et de d'aider à proposer des offres de soins adaptées. La comparaison des différentes offres contribuera à optimiser les offres franciliennes et à favoriser la qualité et la sécurité de l'accès aux soins non programmés.

### B. Agir – Anticiper

**Accompagner les expérimentations sur les territoires** : Il s'agit de contribuer au développement d'une doctrine régionale et territoriale partagée autour des soins non programmés. Cette doctrine, basée notamment sur un benchmark des structures offrant une réponse aux besoins de soins non programmés (telles que les centres de soins non programmés) réalisés à l'échelle nationale, sera étayée par les expérimentations territoriales en cours, avant d'être progressivement déployée en Île-de-France. Par ailleurs, le développement d'une démarche permettant une utilisation efficiente des dispositifs de PDSA devra être abordé.

**Informier – communiquer – Innover** : La communication en cohérence avec les orientations choisies et partagées vers les professionnels mais aussi et surtout vers les usagers sera capitale. Il pourra s'agir d'information sur l'accès aux soins non programmés, d'éducation en santé, de responsabilisation des usagers, d'outils d'orientation, etc.

### Anticiper et mieux préparer le système de réponse de soins non programmés :

- Elaborer un plan visant à organiser l'orientation, la gestion des flux et les prises en charge de patients au niveau du territoire et avec l'ensemble des acteurs de santé concernés
- Définir et disposer des moyens humains et matériels nécessaires en amont du phénomène

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- accès sans délai à l'expertise (cardiologie, gériatrie, ... : consultations semi urgentes, accès dédiés) pour les patients souffrant de maladies chroniques à risque de décompensation
- Recours aux soins palliatifs en alternative à des prises en charge génératrices de décompensation
- Renforcer la mobilité des dispositifs et les actions d'aller vers en s'appuyant sur les équipes mobiles ou l'intervention sur le lieu de vie (y compris institutions diverses) de professionnels spécialisés (gériatrie, psychiatrie, ...), le cas échéant en appui d'HAD polyvalentes
- définir sur chaque département le schéma actualisé de réponse à l'urgence psychiatrique
- Renforcer ou restructurer certaines capacités hospitalières critiques, notamment dans les territoires hors agglomération : UNV, SMUR pédiatriques, réanimations néonatales, parcours AVC, PDS neurochirurgie/NRI, accueil des urgences pédiatriques en période épidémique, dans une logique de proximité
- HAD à déclenchement rapide, en lien avec les SAU/UHCD/professionnels de ville

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Un des enjeux essentiels de l'amélioration de la connaissance des besoins porte sur les prises en charge non programmées (axe 2). Par ailleurs, l'amélioration des parcours de santé devra se traduire par une diminution du recours aux passages par les urgences, au profit d'une anticipation des décompensations ou des hospitalisations. Pour cela la capacité des acteurs à s'organiser au niveau territorial sera essentielle (cf. l'axe 1).

Par ailleurs, de nombreuses innovations, numériques et organisationnelles, devraient permettre de diminuer le recours aux soins non programmés, notamment aux urgences (axe 3). Enfin la bonne information des usagers et patients potentiels constituera un levier essentiel de recours pertinent aux soins non programmés (axe 4 et notamment projet 4-4).

**Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantation d'équipement matériel lourd devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus.**

### 4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le dispositif ORSAN et notamment son volet « AMAVI ».

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

## Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité

Mobiliser les professionnels de santé et les usagers pour faire progresser la qualité des prises en charge avec des soins plus pertinents et plus sûrs.

### 1. Finalité de l'action

La progression de la qualité des prises en charge repose sur l'amélioration de deux dimensions incontournables que sont la sécurité et la pertinence. Le périmètre d'intervention est large. Il concerne à la fois les produits de santé (lutte contre la iatrogénie et l'antibiorésistance, diminution des psychotropes), les infections associées aux soins, les actes diagnostiques ou thérapeutiques, les modalités de prises en charge (ambulatoire versus hospitalisations complètes) et les parcours (hospitalisations évitables, recours aux urgences).

Entre 255 000 et 470 000 événements indésirables graves évitables annuels surviennent en établissements de santé ou sont à l'origine d'une hospitalisation, parmi lesquels près de 41 % sont associés à un produit de santé et 23 % à une infection associée aux soins. Plus de 10 000 décès par an seraient liés à une erreur médicamenteuse ou un effet indésirable. Les personnes âgées constituent une population fortement touchée par ce phénomène : 10 à 20 % des hospitalisations des 75 ans et plus sont liées à la iatrogénie médicamenteuse (notamment à la polymédication) et ce pourcentage passe à 25 % chez les 85 ans et plus<sup>7</sup>. Si la culture de gestion des risques est désormais bien implantée à l'hôpital, elle doit être mieux diffusée en ville et dans le secteur médico-social, où ces enjeux d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge sont devenus très présents<sup>8</sup>. La culture de la pertinence et de la sécurité devra être partagée entre tous les acteurs et centrée sur le patient plutôt que sur le fonctionnement d'une institution.

La pertinence des pratiques permet elle aussi d'améliorer la qualité et la sécurité et de limiter les dépenses évitables (actes redondants ou inutiles, prescriptions de génériques, biosimilaires). 20 à 30% des prescriptions seraient non pertinentes. Son renforcement se heurte à l'organisation cloisonnée de notre système de santé et à des modes de financement insuffisamment incitatifs. Une meilleure coordination des acteurs lors du parcours du patient permettrait d'éviter gaspillage et actes inutiles. Des marges de progression importantes existent mais elles ne pourront être mises à profit qu'en mobilisant les professionnels dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation.

<sup>7</sup> Sources des données pour ce paragraphe :

- DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS). 2011
- Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004 Jul 3;329(7456):15-9.
- Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003 Mar 5;289(9):1107-16.
- Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011 Nov 24;365(21):2002-12.

<sup>8</sup> Des programmes nationaux de santé publique y contribuent déjà, notamment le programme de prévention des infections associées aux soins (Propias) et le programme national pour la sécurité des patients (PNSP 2013-2017)

### L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

Cette instance réunit l'ARS, l'assurance maladie, des représentants des usagers, des établissements et des professionnels de santé (Elle est présidée par un représentant de l'URPS médecins). Elle vise à animer la démarche d'amélioration de la pertinence des soins en Île-de-France. Le choix méthodologique a été celui d'une co-construction forte des actions, les thématiques étant sélectionnées en commun et les projets mis en œuvre sur des territoires identifiés à l'initiative des professionnels. D'emblée, les travaux se sont orientés vers la pertinence des parcours (recours à l'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, notamment) plutôt que des soins.

## 2. Stratégie d'intervention

Il s'agit de co-construire un dispositif s'appuyant sur les professionnels de santé et les usagers, autour de quatre leviers.

**Placer les professionnels de santé au cœur de la démarche.** Pour cela il s'agira de s'appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes pour multiplier les relais de diffusion des recommandations auprès de professionnels de santé, de déployer des outils numériques d'aide à la décision médicale, de proposer des formations initiales et continues qui intègrent la qualité, la gestion des risques et la pertinence des soins. L'évaluation des pratiques professionnelles, y compris au niveau territorial, devrait devenir la norme.

**Informers les patients et usagers sur la qualité et la pertinence des soins** pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et de faire évoluer leurs perceptions et leurs comportements : sur le modèle des campagnes américaines et canadiennes « choosing wisely » (choisir avec soin), il s'agit d'aider les acteurs du soins (médecins, pharmaciens...) et les patients à engager des conversations sur l'utilisation excessive de médicaments et d'actes médicaux, et de soutenir les efforts de ces professionnels pour aider les patients à faire des choix pertinents en intégrant leur parole et leur environnement socio-économique (habitat, professionnel, familial...) à chacune des phases du parcours.

**Favoriser, au niveau territorial et de manière décloisonnée, le développement de la culture de la sécurité et de la gestion des risques** en mettant l'accent sur la prévention, la déclaration et la gestion des événements indésirables associés aux soins. Les retours d'expérience constituent un outil essentiel et leur mise en place est un pas important vers une culture de la sécurité. Le développement collectif d'une « culture positive de l'erreur » sera soutenu (notification de meilleure qualité, participation active aux analyses de dysfonctionnement, définition et mise en œuvre des actions à mener). Les structures régionales de vigilance et d'appui seront mobilisées à cette fin, en appui aux établissements, aux professionnels et aux usagers, et dans une approche territoriale plutôt que dans des situations centrées sur l'hôpital.

Il s'agira enfin de **renforcer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours entre soins de ville, établissements, services médicosociaux et prise en charge à domicile** : faciliter la communication et les échanges (dossiers patients de coordination, lettres de liaison, conciliation médicamenteuse pour sécuriser le partage d'information aux points de transition du parcours de soin du patient) entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs du parcours de soins (médicaux, paramédicaux, administratifs...), notamment autour du domicile.

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans les institutions accueillant des malades chroniques. Dans les ESMS cela passe par la mise en œuvre de plans d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse reprenant les bonnes pratiques déjà identifiées et un partenariat de qualité avec les officines et les pharmacies à usage intérieur (PUI) dans une perspective de déploiement des missions de ces dernières dans le champ médico-social
- Améliorer les pratiques professionnelles, notamment en s'appuyant sur la dynamique professionnelle initiée au sein de l'IRAPS
- Systématiser les pratiques de réévaluation périodique des personnes vivant avec un trouble psychique
- Diminuer le recours aux soins sans consentement et à la contention en psychiatrie et réduire la part des séjours longs
- Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique
- Diminuer le recours à l'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, sur la base de projets territoriaux construits avec les professionnels
- Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les patients souffrant de maladies chroniques, notamment grâce au conseil pharmaceutique y compris en ville.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

De plus en plus, l'amélioration de la pertinence et de la qualité sont intégrées dans une approche globale du parcours du patient. Dès lors les outils mis en place dans le cadre de ce projet ont vocation à être élaborés et déclinés territorialement dans le cadre des projets de l'axe 1 (il apparaît par exemple que les systèmes d'information de coordination, ou des modes de financement intégrant les enjeux de qualité, sont de puissants outils d'amélioration de la qualité).

L'innovation et la recherche doivent être fortement orientées vers ces dimensions (axe 3). Par ailleurs l'implication des patients dans leurs prises en charge, le renforcement de leur pouvoir d'agir ainsi que la qualité de la relation soignant-soigné constituent des leviers essentiels d'amélioration de la qualité des soins (cf. l'axe 4).

### 4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet s'appuiera notamment sur le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

## Faire évoluer les plateaux médicotechniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge

Les « plateaux médicotechniques »<sup>9</sup> sont des composantes structurantes de l'organisation des prises en charge. Leur nécessaire adaptation doit prendre en compte les contraintes liées à la fois

- **à la nature des prises en charge** qui sont pour une part moins standardisées, fonction des besoins et spécificités des patients, plus chroniques, plus âgés et donc en attente de proximité.
- **aux impératifs de gradation des équipements** en niveaux de proximité, de recours et d'expertise. Cette gradation est indissociable d'une nécessaire cohérence des équipes professionnelles et des compétences notamment médicales ainsi que de la technicité croissante des prises en charge.

### 1. Finalité de l'action

L'évolution des plateaux médicotechniques répond à deux enjeux parfois contradictoires :

- **De nombreux éléments poussent à la mutualisation et à la concentration** : coût, innovation et complexité des équipements; technicité et compétences attendues accrues et diverses tant pour les recours diagnostics que pour les recours thérapeutiques et de suivi ; qualité et sécurité des soins avec recommandations et réglementation visant à l'assurer ; attractivité pour les professionnels dont compétences et savoir-faire sont liés pour partie au niveau d'activité ; recherche clinique... .
- **L'enjeu de proximité s'accroît**, du fait des inégalités existantes, mais aussi du recentrage des prises en charge sur le lieu de vie et le domicile et de l'objectif de garantir un niveau fort d'accès et de qualité pour des prises en charge récurrentes (accroissement des pathologies chroniques, vieillissement et handicap) ou non programmées.

Cette double évolution implique de faire évoluer la gradation des soins et de la décliner résolument dans une logique de territoire à 3 niveaux :

- Proximité dans le cadre du territoire de coordination autour du domicile/lieu de vie
- Recours pour les spécificités techniques et de compétences spécifiques notamment
- Expertise pour les pathologies rares ou la génétique moléculaire par exemple.

Cela passe par une évolution des objectifs et des moyens matériels et des organisations des plateaux médicotechniques, notamment leur capacité à s'inscrire dans des flux numériques (coordination des professionnels et dossiers médicaux communicants, transmission de résultats et d'analyses, télémédecine) et une mutualisation adaptée des compétences (accès à l'expertise, échanges médicotechniques, interprétation de résultats...) au-delà des modes d'exercice. L'organisation des transports sanitaires (personnes, prélèvements..) et de la logistique doit également être revisitée.

<sup>9</sup> Ils comprennent les éléments suivants : Imagerie (diagnostique et interventionnelle), biologie, génomique, pharmacies à usage intérieur, stérilisation, bloc opératoire et interventionnel, explorations fonctionnelles, réanimations et unités de soins critiques.



Cela passe aussi par le renforcement, en tant que de besoin, des équipes qui, au-delà des modes d'exercice, doivent être organisées sur une base territoriale. Il s'agit de permettre une mutualisation suffisante des contraintes (permanence, continuité), promouvoir l'attractivité et la compétence professionnelle (accès aux équipements conformément à l'état de l'art, masse critique de gestes complexes notamment), et favoriser l'intégration à la recherche notamment clinique et aux actions de formation.

C'est dans ce cadre que le recours et l'expertise des plateaux techniques doivent projeter leur accès vers l'ensemble de la population d'un territoire de coordination et des établissements qui répondent à leurs besoins.

Les plateaux médicotchniques « expert ou de référence » doivent enfin intégrer la notion de capacité de montée en puissance, sur laquelle est désormais basée la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en conformité avec le volet accueil massif des victimes du dispositif ORSAN.

### Le développement des prises en charge ambulatoires en médecine

Le virage ambulatoire est un des objectifs majeurs de la stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une stratégie globale visant à éviter autant que possible la présence des patients au sein des institutions de soins ou médico-sociales, et à privilégier les prises en charge à domicile. Dans son volet hospitalier, il consiste à favoriser les prises en charge ambulatoires, par exemple en hôpitaux de jour, en substitution de l'hospitalisation complète. L'objectif n'est pas en soi de limiter les capacités hospitalières, mais au contraire de favoriser des prises en charge les moins invasives et un retour des patients à des conditions de vie habituelles le plus rapidement possible. La diminution du nombre de lits n'est qu'une conséquence. Il concerne la chirurgie, la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation mais aussi la médecine. Une restructuration des plateaux médicotchniques doit accompagner cette évolution : meilleure programmation des rendez-vous et des prises en charge, meilleure articulation avec la ville notamment via l'échange d'informations, etc.

## 2. Stratégie d'intervention

Les objectifs sont différents mais complémentaires selon que l'offre est de proximité, de recours ou d'expertise

- **Proximité** : L'objectif est de permettre une meilleure accessibilité en distance et délais pour l'ensemble des usagers en prenant en compte les contraintes et la diversité des publics, la capacité de mobilité effective des différentes catégories sociales, les impératifs de permanence de l'accès, particulièrement dans les territoires en périphérie de région où une offre pérenne et solide devra être renforcée et garantie. **Un socle de prises en charge de proximité est décrit plus bas**. Il est organisé sur une base territoriale, par les établissements et structures dédiées assumant une responsabilité populationnelle, dans un maillage d'équipements coordonnés ou de laboratoires multi-sites. Autant que possible ce plateau médicotchnique de proximité doit être capable de se délocaliser au lieu de vie.
- **Recours** : la logique est celle de la poursuite de la concentration des équipements, en évitant les redondances et en renforçant les sites concernés pour assurer un meilleur maillage en équipements, autour des groupements hospitaliers de territoires, des établissements privés et de l'AP-HP. L'offre se développera sous la forme de réseaux multi-sites.



- **Expertise:** la logique de rassemblement des compétences et équipements nécessaires notamment au niveau des groupes hospitaliers de l'APHP sera poursuivie. Mais cette concentration, tant pour le recours que pour l'expertise doit être accompagnée d'un fonctionnement en équipes et filières de prise en charge partant des territoires.

**Le socle de prises en charge de proximité, dans le cadre d'une organisation territoriale graduée et formalisée** doit répondre aux missions de soins programmés et non programmés, mais aussi de prévention et d'information. Organisé dans le cadre d'un projet territorial porté par les acteurs du territoire, il doit concerner le sujet des équipements dépendant ou non du régime des autorisations, mais aussi celui des ressources/compétences/formation, des aspects de logistique et transports, de la plateforme et des flux numériques. Ces activités de proximité, dont le périmètre peut varier en fonction des besoins de santé des territoires, ne doivent plus être exercées de manière isolée mais s'insérer dans une organisation territoriale graduées des soins et formalisée. Elles intègrent l'accès à :

- L'imagerie diagnostique, notamment les IRM
- Une prise en charge pertinente des soins non programmés
- La biologie sur la base de laboratoires multi sites.
- Des soins critiques
- Des blocs opératoires conventionnels permettant d'assurer les principales activités de chirurgie (viscérale, orthopédique, ORL, urologique, ophtalmologique, vasculaire), en priorisant sur certains territoires la chirurgie ambulatoire
- Une prise en charge obstétricales (maternité ou centre périnatal de proximité)
- Des prises en charge récurrentes sous forme ambulatoire (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie).
- Des fonctions médicotechniques, qui peuvent être organisées non pas en proximité mais dans un cadre mutualisé et en réseau : stérilisation, unité de reconstitution des cytotoxiques (URC), dispensation médicamenteuse permettant l'accès à une expertise de pharmacie clinique et à des technologies modernes (robotisation), accès à des produits sanguins dans les conditions prévues par le schéma d'organisation de la transfusion sanguine.
- La génétique moléculaire
  - **En recours**
  - Plateaux techniques spécifiques
  - Imagerie interventionnelle
  - Biologie médicale
  - Stérilisation
  - Réanimations polyvalentes et spécialisées
  - Biologie hautement spécialisée
  - Chirurgie robotisée
    - **En expertise**
    - Génétique moléculaire
    - Salles opératoires hybrides

Les principaux leviers mobilisés pour parvenir à ces objectifs seront

- **la politique d'allocation des ressources**
- **les leviers d'intervention réglementaires** (droit des autorisations, schéma de permanence des soins) mais également la contractualisation territoriale et régionale, qui sera envisagée en intégrant la logique populationnelle et l'inscription des plateaux de recours et d'expertise dans des logiques de filière territoriale. Dans ce cadre, l'ARS se réserve la possibilité, en accord avec les acteurs concernés, de déroger au droit des autorisations, sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et dans la limite fixée par les textes d'application. Des autorisations d'activités de soins impliquant plusieurs établissements, qu'ils soient publics ou privés, seront conditionnées par une organisation territoriale des soins permettant de garantir sur l'ensemble des sites la sécurité et la qualité des soins.
- **la politique d'accompagnement des professionnels de santé** (Programme de mise en œuvre « ressources humaines en santé »)
- **les systèmes d'information** devront évoluer rapidement pour intégrer cette dimension territoriale. Les formes d'exercice partagé et mutualisé seront développées. La télémédecine doit être un levier pour faire converger concentration des expertises et maintien de ces expertises en proximité (développement des téléconsultations, des télé expertises, ...).
- Enfin la **programmation régionale de l'investissement hospitalier** intégrera au premier chef ces enjeux.

#### Illustrations d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Promouvoir une offre obstétricale et pédiatrique de proximité en grande couronne
- Soutenir l'organisation graduée de la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages
- Développer l'offre ambulatoire et en SSR neurologique
- Soutenir les filières physiologiques pour les grossesses à faible risque
- En cancérologie, faire évoluer le modèle vers des organisations capables de rendre des diagnostics rapides et évitant les pertes de chance, des centres de référence intervenant en appui aux établissements de proximité et aux prises en charge à domicile et, s'agissant de la chirurgie, des mutualisations territoriales d'autorisations et d'équipes
- Mieux couvrir le territoire pour les prises en charge médicotéchniques en urgence (AVC, USC non adossées à des réanimations)
- Développer des SSR dans le champ de la périnatalité

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment essentiels pour justifier cette stratégie d'évolution des plateaux médicotéchniques. La stratégie d'investissement devra aussi intégrer les enjeux d'inégalités territoriales (projet 2-2).

L'optimisation des prises en charge non programmées, l'amélioration des parcours reposera en partie sur l'accessibilité des plateaux médicotéchniques, des compétences médicales correspondantes et la prise en charge des enfants (axe 1, projets 2-3 et 2-6). L'intégration dans les systèmes d'information de la dimension territoriale (projet 1-4) sera essentielle. La qualité et la pertinence des soins découlent en partie d'une bonne gradation des soins (projet 2-4). Enfin la qualité de la recherche clinique dépend en grande partie des possibilités d'accès à un plateau technique efficace (axe 3). Les programmes de mise en œuvre « Ressources humaines », « Production et traitement des données » et « Allocation de ressources financières » seront particulièrement mobilisés par ces enjeux.

Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantations d'équipements matériels lourds devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus, et pourront s'appuyer sur les possibilités de dérogation offertes par l'article 51 de la LFSS 2018, dans la limite définie par les textes d'application.

#### **4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec le programme régional d'accès à l'IVG, le dispositif ORSAN et le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

### Le dispositif ORSAN régional

L'évolution de la gradation des soins et des plateaux techniques doit prendre en compte le plan ORSAN régional (Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle), dont l'élaboration est pilotée par L'ARS Île-de-France. Ce plan est décliné en six volets<sup>1</sup>, qui devront tous être arrêtés sur la durée du PRS. L'élaboration de ces volets s'appuie sur une démarche en quatre étapes :

- 1) Connaître et analyser les aléas, les risques et leurs impacts
  - a. *Modéliser les replis hospitaliers en situation d'inondations majeures, en tenant compte des scénarios de crue élaborés par la DRIEE, de l'observation de l'activité de soins (données réelles, analyse par spécialité ...) et des organisations territoriales.*
- 2) Assurer le développement de comportements adaptés face aux crises et améliorer la formation des professionnels aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE)
  - a. *Développer une approche commune de la gestion des risques et des crises*
  - b. *Accroître la résilience des ES et EMS face aux SSE et aux crises*
  - c. *Accompagner les établissements de santé dans leur démarche d'audits de risques et d'élaboration des plans de sécurisation*
  - d. *Développer les compétences des équipes régionales en matière de damage control (DC ground zero et DC chirurgical)*
- 3) Mettre en place des outils (outils de prévision, d'alerte ou de gestion de crise)
  - a. *Mettre en place un observatoire régional des urgences (ORU)*
  - b. *Adapter les systèmes d'information existant à la gestion des SSE (ROR, SIG, outils de gestion de crise ...)*
- 4) Adapter les prises en charge (équipement et structures de soins, organisations fonctionnelles, labellisation ...)
  - a. *Structurer une filière de traumatologie pédiatrique au sein de la région (petite et grande couronne)*
  - b. *Rationaliser le recours aux transports sanitaires par vecteur aérien*
  - c. *Garantir une réponse régionale face au risque NRBC*
  - d. *Gérer le risque épidémique exceptionnel (épidémies saisonnières, pandémies, microorganismes émergents...).*

<sup>1</sup> Les six volets du dispositif ORSAN sont les suivants :

- accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;
- prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (« ORSAN CLIM ») ;
- gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;
- prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;
- prise en charge d'un risque NRC (« ORSAN NRC »).
- Urgence médico-psychologique (« ORSAN UMP »)

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

## Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants

La petite enfance est une période essentielle au regard de la santé, parce que le suivi du développement de l'enfant permet d'identifier précocement troubles et pathologies dont la prise en charge permet d'éviter ou limiter les conséquences à long terme. Or la santé des enfants apparaît particulièrement inégalitaire en Île-de-France. Il s'agit donc de garantir un accès équitable et systématique à une offre de services en matière de prévention, dépistages, éducation à la santé, soins, prise en charge du handicap.

### 1. Finalité de l'action

« Les inégalités de santé dans l'enfance renvoient de façon encore plus forte qu'à l'âge adulte à des enjeux de justice sociale : elles sont plus particulièrement intolérables, parce qu'elles ont des conséquences non seulement immédiates, mais aussi sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes »<sup>10</sup>.

Aujourd'hui, les besoins de base en termes de prise en charge préventive et curative de l'enfant ne sont pas totalement couverts dans certains territoires : on y observe les effets cumulés des difficultés en démographie de santé, qui touchent les services de PMI et de santé scolaire, et sur certains territoires franciliens les médecins libéraux et hospitaliers, de l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins, mais aussi de l'augmentation des besoins liés à un nombre croissant d'enfants confrontés à la précarité ou à la pauvreté, qui peuvent avoir des conséquences sanitaires très dommageables chez le jeune enfant. La précarité, voire la grande précarité (migrants, familles hébergées ou sans logement...) peut rendre non pertinentes des organisations efficaces dans d'autres contextes. Ces situations sont concentrées sur certains territoires.

La protection maternelle et infantile (PMI) contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé du jeune enfant. Elle est pour certains jeunes enfants, le seul interlocuteur dans le champ de la santé en dehors des urgences. Elle devrait être un domaine de mise en œuvre prioritaire du principe de « l'universalisme proportionné ». Or, ce dispositif n'est actuellement plus suffisamment opérant du fait de tensions sur la démographie médicale et de politiques départementales priorisant parfois les missions de protection de l'enfance sur les missions de santé.

Dans les premières années de la vie, le suivi du jeune enfant s'attache à vérifier le caractère harmonieux de son développement. Quand un trouble est dépisté (moteur, psychique, cognitif, sensoriel...), l'orientation précoce doit rapidement permettre de poser un diagnostic et d'initier une prise en charge. Les ressources existent en Île-de-France, mais sont insuffisamment structurées pour garantir un accès pertinent aux ressources adaptées aux besoins sur tout le territoire. La gradation de l'offre n'est actuellement pas suffisamment lisible dans certains domaines. Cette organisation non optimale peut être responsable de prises en charges retardées (délais de rendez-vous, listes d'attente) ou des renoncements aux soins (actes non remboursés).

Pour remédier à ces difficultés, il s'agit en premier lieu d'identifier les territoires prioritaires en matière de réduction des inégalités territoriales, du fait d'un indice de précarité élevé et de la faiblesse de l'offre de santé de l'enfant : médecine libérale, hospitalière, salariée non hospitalière (PMI, médecine scolaire, centres de santé...).

---

<sup>10</sup> *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, IGAS, 2011

Sur ces territoires doit être recherchée la mise en place d'organisations permettant de répondre aux besoins, en renforçant la place de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire et du secteur de pédopsychiatrie lorsque c'est possible, en s'appuyant sur des organisations innovantes sinon. Ces stratégies collaboratives entre professionnels de PMI et autres acteurs doivent pouvoir s'appuyer sur les données probantes repérées notamment par Santé Publique France.

Enfin, afin d'éviter l'aggravation de problèmes de santé qui auraient pu être traités facilement dans l'enfance, il convient de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé pour les jeunes enfants d'une part, et d'autre part de structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du développement, pour garantir un accès précoce et pertinent à une offre graduée. Ces actions doivent être accessibles à tous les enfants, notamment aux enfants confiés à l'ASE : cela passe par une mobilisation conjointe et structurée des services départementaux, des offreurs de soins, et de l'ARS.

### Le projet Réduction de la mortalité infantile et périnatale (RéMI)

Ce projet avait pour objectif de documenter les causes de la surmortalité en Seine-Saint-Denis et de décliner un plan d'actions visant à améliorer les indicateurs de périnatalité. Basé sur les volets épidémiologique et socio-anthropologique d'une étude réalisée en 2014, il a conduit au déploiement de plusieurs actions portées par les partenaires (CPAM, DRIHL, Conseil départemental, réseau de santé périnatale, établissements de santé ...). Ces actions visent à promouvoir les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles notamment améliorer la coordination du parcours de prise en charge de la grossesse, le repérage et la prise en charge de situations à « risque » (diabète, HTA, addictions, souffrance psychique, violences...), la coordination des acteurs, notamment sur les situations médico-psycho-sociales complexes, les formations pluridisciplinaires. Plusieurs projets d'intervention auprès de publics en très grande précarité (femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement) ont été expérimentés.

## 2. Stratégie d'intervention

**Renforcer le pilotage de la politique régionale de santé du jeune enfant** : il s'agit de mettre en place une gouvernance régionale de la santé de l'enfant, dotée d'un tableau de bord régional des besoins, ressources, et usages de ces ressources en santé du jeune enfant, décliné à un niveau territorial fin. L'objectif est de mettre les besoins en débat public, afin d'inscrire les réponses sur un agenda politique partagé par les parties prenantes.

**Soutenir les grands dispositifs de prévention individuelle organisée destinés aux enfants (PMI et santé scolaire)** au sein d'une organisation de l'ensemble des acteurs, libéraux et hospitaliers, concourant à la prévention sur les territoires les plus en difficulté.

**Elaborer conjointement avec les collectivités territoriales une stratégie permettant au dispositif de PMI d'être efficace sur l'ensemble du territoire francilien, en particulier dans des territoires concernés par une offre libérale faible et des indicateurs de précarité fort**, dans le cadre d'une politique partagée de réduction des inégalités de santé territoriales. Pour cela il conviendra :

- d'accompagner les collectivités territoriales dans la mise en œuvre des mesures permettant d'assurer les missions de prévention, promotion de la santé de la PMI (recrutements de professionnels de santé, de médecins notamment)

- de renforcer les partenariats avec les services de PMI autour des thématiques conjointes de périnatalité et santé de l'enfant : accès aux soins des populations, vaccination, protection de l'enfance...
- d'étudier toute stratégie permettant d'assurer les missions sanitaires de protection maternelle et infantile quand les services départementaux des collectivités ne sont pas ou plus en mesure de proposer sur certains territoires cette offre de prévention.

**Garantir l'accès à un « panier de services de prévention »** pour tous les jeunes enfants (20 consultations prévues dans les six premières années de la vie, bilans de santé à l'école (3-4 ans, 6 ans), vaccinations, prévention bucco-dentaire, éducation nutritionnelle, prévention de l'obésité, prévention des addictions sans substances (écrans) ...). Deux types de leviers doivent être développés : certains portent sur la démographie médicale, en développant des facilitations à la pratique en PMI et en élargissant le cadre des médecins susceptibles de contribuer aux missions de PMI. ; D'autres leviers portent sur la diversification des professionnels de santé amenés à contribuer spécifiquement à la prise en charge des enfants. Cela devrait permettre notamment de :

- Favoriser l'accès à une offre de consultations de prévention et de promotion de la santé physique et psychique pour les enfants de moins de 6 ans qui en ont le plus besoin, et dans le respect du choix des familles, avec une offre adaptée aux besoins du territoire.
- Garantir l'accès à une séance de vaccination gratuite dans la proximité du domicile des familles.
- Encourager le développement de formations visant à renforcer les compétences pédiatriques des médecins généralistes des territoires, systématiser une formation à la prévention et la promotion de la santé ;
- Soutenir les liaisons en pédopsychiatrie
- Expérimenter des stages ambulatoires des médecins généralistes en PMI, santé scolaire, auprès de pédiatres libéraux ;
- Soutenir les initiatives facilitant l'exercice de ces médecins formés dans les quartiers en Politique de la Ville ;
- Expérimenter la mise en place de postes partagés entre l'hôpital, la PMI, et autres cadres d'exercice.
- Expérimenter des prises en charge pluridisciplinaires et de pratiques avancées, associant des professionnels du champ de la santé physique et psychique du jeune enfant (puériculteurs, infirmiers, psychomotriciens, psychologues...);
- Expérimenter sur un territoire l'inscription du parcours de santé de l'enfant dans le cadre des projets e-santé, et ainsi améliorer la coordination des acteurs ;
- Expérimenter, en lien avec les partenaires concernés, un accès solvabilisé ou gratuit à une consultation de diététicienne, dans une double dynamique : renforcement des compétences familiales et culturelles d'une part, prise en charge de l'enfant à risque d'obésité d'autre part ;
- Améliorer la prise en charge des souffrances psychiques des enfants avant l'organisation en troubles du spectre autistique ou troubles des apprentissages.

**Développer des actions collectives de prévention et de promotion de la santé**, en priorisant au sein des appels à projet des interventions collectives en matière de prévention et promotion de la santé des enfants tels qu'allaitement maternel, santé bucco-dentaire, prévention de l'obésité ou des accidents domestiques, etc.



**Structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du développement**, pour proposer une offre graduée de professionnels formés et organisés pour la prise en charge :

- Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages (TAP) : Structurer dans des territoires ciblés une offre graduée de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, de la ville (experts de type 1) jusqu'aux centres de référence de type 3, avec participation de la médecine de l'éducation nationale.
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA) : Participer à la mise en place du plan autisme par des actions visant à améliorer le repérage précoce et l'orientation des enfants.
- Améliorer la prise en charge précoce des enfants vulnérables présentant des pathologies en rapport avec leur pathologie périnatale (SEV) : renforcer le dispositif de prise en charge en psychomotricité et améliorer les orientations vers les structures type CAMSP, CPM, SESSAD, ou les passerelles vers les autres dispositifs (TAP, TSA...).
- Renforcer le repérage précoce des troubles du développement du jeune enfant en poursuivant les actions de sensibilisation autour des enjeux de santé, des professionnels au contact des jeunes enfants, dans les milieux scolaires, périscolaires et de la petite enfance
- Améliorer la prise en charge des enfants repérés par les dispositifs de dépistage (surdité, dépistage biologique néonatal...) en structurant l'offre de diagnostic et de prise en charge.

**Contribuer à la structuration des actions de soutien à la parentalité**, en lien avec les partenaires impliqués dans ce champ (services de PMI des conseils départementaux, structures d'accueil de la petite enfance, CAF, associations, ...).

**Renforcer le partenariat avec l'éducation nationale**, afin de mettre en place un parcours éducatif de santé pour développer la promotion de la santé à l'école et avec ses partenaires (parents, monde associatif, villes, ...).

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

Ce projet de transformation ne résume pas les problématiques et orientations de la thématique prioritaire « Périnatalité et santé du jeune enfant », cette dernière étant concernée par la plupart des axes de transformation. En revanche il met l'accent sur la nécessité d'une intervention visant à réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à la prévention et aux soins pour les jeunes enfants. Ces inégalités peuvent avoir des conséquences sur leur développement et leur santé, à court, moyen et long terme.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment essentiels pour justifier les stratégies en faveur de la santé physique et psychique des jeunes enfants. Par ailleurs la politique de priorisation territoriale des ressources devra tout particulièrement tenir compte de la situation de la santé des jeunes enfants, et de la disponibilité des ressources en offre de prévention (notamment de vaccination) et de soins qui constituent des facteurs d'inégalités à long terme (projet 2-2).



Le parcours de santé des enfants devra être intégré dans la stratégie globale d'intervention décrite à l'axe 1, particulièrement s'agissant des enjeux de repérage des fragilités et de coordination des professionnels à la fois sanitaires, sociaux ou au sein de l'éducation nationale. Les services de PMI et les réseaux de périnatalité devront particulièrement être impliqués dans les dynamiques territoriales. Dans ce contexte la mobilisation d'institutions extérieures au champ de la santé (axe 5) sera essentielle. Enfin la santé des enfants constitue un domaine où l'augmentation du pouvoir d'agir apparaît particulièrement essentiel (axe 4 et notamment projet relatif à l'information de proximité).

La démographie des professionnels impliqués dans la santé de l'enfant constitue un enjeu essentiel du programme de mise en œuvre « Ressources humaines en santé ».

#### **4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet tient notamment compte du programme régional de suivi des enfants vulnérables et du programme régional de dépistage néonatal de la surdité permanente bilatérale. Il est en lien avec la la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

## **Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche**

**Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :**

**Sur le plan de la recherche ;**

- **Un égal accès aux protocoles de recherche clinique pour chaque patient indépendamment de leur lieu de prise en charge.** Les conditions facilitant l'effort de recherche des professionnels de santé doivent dans ce cadre être réunies, notamment par le biais de la formation et d'une diffusion optimale de l'information assurées sur l'ensemble du territoire.
- Une meilleure connaissance issue du développement de la recherche en santé publique (sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales ou encore sur les services en santé) afin d'éclairer l'intervention publique et d'intégrer les résultats de ces recherches dans la prise de décision..

**S'agissant de l'innovation :**

- une détection précoce et un accompagnement des initiatives à fort potentiel portées par les acteurs de terrain
- **le développement et la diffusion des solutions innovantes** pour favoriser une organisation du système de santé centrée autour du lieu de vie et garantissant un accès à une expertise appropriée sur l'ensemble du territoire.

**Pour les acteurs de santé, le résultat des actions mises en œuvre doit se matérialiser par :**

- Des organisations plus souples, plus agiles, plus efficaces et plus sécurisées,
- De nouveaux métiers et de nouvelles pratiques adaptés à l'évolution du progrès médical, du progrès scientifique et à l'évolution sociétale,
- Des établissements de santé recentrés sur leurs missions d'expertises.

Pour atteindre ces résultats, nous allons promouvoir dans la région un écosystème **d'innovation**<sup>11</sup>, décrit dans le premier projet de transformation de l'axe. Cet écosystème a vocation à permettre des progrès dans l'ensemble des champs d'intervention de l'Agence, prévention et promotion de la santé (projet 2), maintien de l'autonomie à domicile (projet 3), qualité, pertinence et efficacité des prises en charge (projet 4).

**Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons trois objectifs d'ici à 2022**<sup>12</sup> :

- **Développer la recherche en santé publique** (prévention et en promotion de la santé, soins primaires, système de santé...) en ayant doublé le nombre de dossiers financés dans le cadre d'appels à projet institutionnels
- **Réduire les inégalités territoriales d'accès à la recherche et à l'innovation** en ayant doublé le nombre d'inclusions dans des essais cliniques dans les établissements de santé hors CHU et hors CLCC
- **Développer l'innovation sur les territoires** en ayant identifié, accompagné et évalué au moins 10 projets d'innovation territoriale chaque année

<sup>11</sup> Voir la définition de l'innovation dans l'introduction du PRS

<sup>12</sup> Certaines cibles seront fixées dans le cadre de l'annexe statistique qui sera publiée à l'automne 2018

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

## Mettre en place une organisation régionale de promotion et de diffusion des innovations dans les territoires

Définir, mettre en œuvre et rendre lisible une stratégie régionale en matière d'innovation en santé implique de consolider les coopérations entre les différents partenaires régionaux.

Une organisation régionale structurée et lisible doit ainsi permettre d'améliorer la visibilité des acteurs, des solutions développées et des dispositifs d'accompagnement et de soutien mis en place.

### 1. Finalité de l'action

La région francilienne est caractérisée par un écosystème particulièrement dense. De nombreux acteurs interviennent et assurent des activités de promotion, de transfert, de valorisation, etc. dans les domaines de la recherche et de l'innovation en santé. Pour autant, il n'existe pas au niveau régional de stratégie d'intervention partagée entre les acteurs. Ceci a pour conséquence un manque de visibilité des actions innovantes conduites et une iniquité d'accès à la recherche des Franciliens et des professionnels dans les territoires.

Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer les partenariats pour donner du sens à l'action régionale et consolider, ou mettre en place le cas échéant, des dispositifs de communication partagés visant à mutualiser et valoriser les initiatives et les dispositifs de soutien existants.

### Objectifs stratégiques et opérationnels

Deux principaux objectifs sont poursuivis :

- Définir, mettre en œuvre et rendre lisible une stratégie régionale en matière de recherche clinique, de recherche en santé publique et d'innovation
- Améliorer la visibilité et faciliter les échanges

#### Groupement régional pour la recherche clinique et l'innovation, AP-HP, Medicen Paris Region, ... : vers un écosystème régional de la recherche et de l'innovation

L'ARS Île-de-France a construit des relations solides avec des acteurs implantés et reconnus pour leurs actions en matière de soutien à l'activité de recherche et innovation tels que l'AP-HP, le Service de santé des armées, le GIRCI Île-de-France, Medicen Paris Region, la CCI Paris Île-de-France, l'incubateur Tech Care Paris. Elle a soutenu de grands projets, innovants et structurants, portés par les acteurs franciliens (par exemple, la création de la plateforme SeqOIA dans le cadre du Plan France Génomique 2025). Elle a également été à l'initiative de la création du Lab Santé Île-de-France.

Le PRS 2 doit permettre de consolider ces partenariats et démarches. En ce sens, il doit encourager les principaux acteurs régionaux à s'associer pour partager une vision stratégique du développement de la recherche et des innovations dans les territoires au service d'un système de santé plus juste et de qualité.

## 2. Stratégie d'intervention

**Mettre en place une instance régionale** intégrant les principaux partenaires de l'écosystème régional en santé et du développement économique (APHP, Région, GIRCI, Lab Santé Île-de-France, fédérations, CCI Paris Île-de-France, Medicen Paris Region, acteurs de terrain et usagers, etc.) afin de définir une stratégie collective donnant lieu à des actions partagées.

**Mettre en place une plateforme régionale d'information** (appels à projet en cours, principaux financeurs et financements proposés selon le stade de maturité de la solution, cartographie des acteurs, etc.), de valorisation de projets innovants et d'échanges entre acteurs, ainsi que de transfert de connaissance pour l'aide à la décision publique. Capitaliser sur les dispositifs déjà développés ou en cours de développement et organiser les modalités de transférabilité.

## 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'organisation mise en place au service de l'innovation a vocation à appuyer les trois autres projets de transformation de l'axe 3, chacun dans leur champ.

Par ailleurs, l'innovation territoriale et organisationnelle est un enjeu important de l'amélioration des parcours, autour duquel les dynamiques territoriales de l'axe 1 devraient être capables de se mobiliser. De manière générale, la possibilité d'expérimenter des financements au parcours pourra être le soutien d'innovations dans tous les domaines.

Enfin, l'organisation régionale structurée que nous cherchons à mettre en place devra participer au renforcement des capacités de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

## 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

## Encourager le développement de la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé au service de nouvelles modalités de prévention et de promotion de la santé

Afin de renforcer nos connaissances et mieux guider notre action et nos prises de décisions, le développement de la recherche en santé publique, en particulier interventionnelle, sur les volets prévention et déterminants de santé doit être encouragé.

Par ailleurs, le développement et l'intégration de solutions innovantes (organisationnelles, technologiques, sociales, ...) facilitant un accès équitable à la prévention nécessitent d'être accompagnés.

### 1. Finalité de l'action

En complément des actions de prévention et promotion de la santé engagées depuis plusieurs années, de nouvelles modalités d'intervention peuvent être imaginées pour en favoriser un meilleur et égal accès et augmenter leurs impacts sur les populations et dans les territoires. Par ailleurs, la réduction des écarts sociaux impose de mieux comprendre les mécanismes de constitution des inégalités, aussi bien dans l'interface entre déterminants et état de santé qu'au sein du système de santé ; cette compréhension impose une approche quantitative et épidémiologique, mais aussi une approche qualitative et en sciences humaines et sociales.

La recherche en santé publique, pourtant encouragée par des dispositifs nationaux comme les appels à projet portés par l'IRESF par exemple, peine à se développer, notamment dans son volet interventionnel qui permet de tester et de valider des solutions. Des modalités d'intervention régionales doivent ainsi être mises en place pour structurer ce domaine de recherche et l'aider à se développer.

D'autre part, il existe un nombre croissant de dispositifs de e-santé, tels que des objets connectés ou encore des applications mobiles, ayant pour objet d'intervenir sur le bien-être et l'accès à l'information en santé, la santé des populations, l'accès au système de santé et le suivi des prises en charge, qui jouent un rôle de plus en plus important en prévention-promotion de la santé (ex : application nutritionnelles, dispositifs d'auto mesure, indicateurs de mesure poids, activité physique...). Il convient d'encourager la validation des usages et de penser des organisations pour une intégration efficace avec l'enjeu essentiel que ces outils n'aggravent pas les inégalités sociales et territoriales de santé mais contribuent à les réduire.

#### L'Action Coordonnée Recherche en Services de santé

L'ACReSS a pour objectif d'animer et structurer une communauté pluridisciplinaire de recherches en services de santé en France en renforçant le tissu de recherche et les interfaces entre chercheurs, décideurs et autres acteurs du domaine, en vue notamment de préparer au lancement d'appels à projets européens dans ce champ.

Organisée par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), son lancement a eu lieu le 9 janvier 2018, avec la participation de l'Agence. Deux thèmes ont été mis en avant, l'évaluation et les collaborations pluridisciplinaires.

## 2. Stratégie d'intervention

La stratégie dans son ensemble consiste à développer l'intervention de l'ARS d'une part, auprès des institutions nationales pour contribuer à la définition des orientations des programmes de recherche en santé publique et d'autre part, auprès des partenaires régionaux pour encourager le développement de la recherche en santé publique.

Par ailleurs, elle vise également à promouvoir la co-conception et l'évaluation en vie réelle de dispositifs numériques et organisationnels en faveur de la prévention et de la promotion en santé en vue d'en valider la pertinence et l'impact dans une perspective de déploiement. Le volume et la qualité de la recherche interventionnelle en santé publique en Île-de-France doivent se développer et se traduire à moyen terme en modification des pratiques. Cette stratégie se décline en six orientations :

**Identifier les besoins régionaux de connaissances en santé publique** dans les domaines de la recherche interventionnelle, des sciences sociales et humaines en santé, prioritairement autour du lien entre déterminants sociaux et état de santé, ainsi que de l'évaluation médico-économique des actions de promotion de la santé ;

**Positionner l'ARS en tant que partenaire** pour l'élaboration des appels à projet du GIS Iresp, pour la sélection des projets, leur financement et leur suivi

**Mettre en place des dispositifs de soutien complémentaires** et intégrés (financier et méthodologique) à ceux proposés dans le cadre des appels à projet nationaux, dispositifs destinés à améliorer l'adéquation de ces AAP aux besoins de connaissance franciliens (notamment, analyse des besoins, utilité d'une intervention de l'ARS, impact du programme sur l'état de santé, ...).

**Participer au centre régional de recherche et d'expertise en santé publique (Cerresp), réseau en cours de constitution**, afin d'identifier les compétences, équipes et projets de recherche en Île-de-France.

**Favoriser le co-développement et l'évaluation en vie réelle de solutions** via des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projets sur des thématiques prioritaires de santé publique ciblées, et **faire en sorte que les solutions validées soient généralisables dans la région.**

**Faciliter la mise en relation des opérateurs de santé et des industriels** par l'organisation de journées d'échange, voire une plateforme d'information

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Diffuser les connaissances acquises grâce aux études portant sur les inégalités dans la prise en charge des cancers
- Mettre en place le suivi d'une cohorte d'AVC sévères depuis la réanimation jusqu'au domicile

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

L'innovation en prévention et en promotion de la santé, notamment lorsqu'elle s'appuie sur la recherche interventionnelle, est un levier important d'amélioration des politiques et des prises en charge, notamment s'agissant des projets relatifs au repérage précoce, à l'accompagnement thérapeutique de proximité et de l'ensemble des projets des axes 4 et 5. S'agissant particulièrement de l'axe 5, la construction de partenariats de recherche et d'étude avec des institutions hors du champ de la santé (études d'impact en santé, par exemple) constitue ainsi un levier important.

Cette innovation pourra s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional et territorial (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

### Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

## Accompagner la diffusion de technologies et d'organisations innovantes, favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables

Les technologies, notamment de e-santé (domotique, objets connectés, télémédecine, etc.), et les organisations innovantes visant à permettre le maintien sur le lieu de vie constituent une opportunité majeure, qui nécessite toutefois d'en améliorer le repérage afin de pouvoir les valider et organiser leur diffusion sans aggraver les inégalités ni diminuer la qualité des prises en charge.

### 1. Finalité de l'action

Il existe un foisonnement de dispositifs de e-santé intégrant des capteurs visant à prévenir les risques de dégradation de l'état de santé ou de perte d'autonomie sur le lieu de vie (ex : la domotique pour la détection de chutes, les applications m-santé pour la prévention et l'éducation thérapeutique, dispositifs médicaux et objets connectés pour surveillance de la tension, de la glycémie...). Ils constituent aujourd'hui un des leviers les plus prometteurs de maintien ou de renforcement du pouvoir d'agir des personnes face à leur maladie ou à la perte d'autonomie, et de possibilité de retarder autant que possible l'institutionnalisation, conformément aux objectifs du PRS.

Ces dispositifs ne sont pas toujours connus ou disponibles de façon équitable entre les opérateurs, territoires et populations. Par ailleurs, leur pertinence n'est pas toujours objectivée et l'intégration dans une organisation globale de la prise en charge peu développée.

Il est ainsi nécessaire de s'assurer d'une égalité d'accès à l'information pour ne pas générer d'écart entre territoires et populations, de la pertinence des technologies développées et de la mise place d'une organisation efficiente liée à leur usage.

Il s'agit ainsi de rendre accessible à tous la connaissance des dispositifs existants en matière de domotique, de dispositifs médicaux, objets connectés et services « m-santé » au service des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap et de personnes atteintes de pathologies chroniques en situation complexe, ou de personnes isolées ou incapables de quitter leur lieu de vie pour d'autres motifs (personnes détenues ou retenues, ...).

#### Le Géron'd'if, gérontopôle d'Île-de-France

Le Géron'd'if, gérontopôle d'Île-de-France, a pour mission de rapprocher et de dynamiser les acteurs de la recherche, du soin, de la formation, et de l'entreprise dans le domaine du vieillissement. Il facilite le transfert de la recherche, du développement technologique (« silver économie ») et de l'évaluation vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.

Géron'd'if est soutenu par l'ARS, la région Île-de-France, l'AP-HP et les fédérations FHF, FEHAP et URIOPSS. Son mode de fonctionnement collaboratif répond :

- au besoin de décloisonner et d'accélérer la translation de la recherche vers l'industrie, les professionnels et les seniors.
- au besoin de d'évaluation scientifique des innovations (clinique, médico-économique et du point de vue des usages) en mettant en place des approches basées sur les preuves .



- à la constitution et à l'exploitation de cohortes et de grandes bases de données, coordination de multiples terrains d'expérimentation (sanitaire, médico-sociale, domicile...)

Recherche sur les robots sociaux en gériatrie, usage de costume de simulation du vieillissement pour les formations, impact médico-économique du dispositif infirmières de nuit en EHPAD, Cohorte DEPART (Déterminants du risque de Perte d'Autonomie chez la personne âgée non dépendante) en collaboration avec la médecine générale, Cohorte ELCAPA (ELderlyCAnCer Patient), projet PREPAD (prévention de la perte d'Autonomie de la personne âgée / programme d'exercices physiques adaptés à la personne âgée à domicile...) sont autant d'illustrations de la diversité des projets en gériatrie et en gérontologie accompagnés par Gérard'if.

## 2. Stratégie d'intervention

Elle consiste à organiser le cycle détection / validation / diffusion grâce à trois leviers :

**Améliorer la connaissance et la visibilité** de solutions innovantes en organisant des temps d'échanges, de présentation et de retours d'expériences entre acteurs, sur des thématiques identifiées (exemple : prévention des chutes et domotique)

**Organiser des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projets** permettant ;

- d'identifier les initiatives, acteurs et pratiques innovantes permettant de favoriser le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus fragiles
- d'accompagner la mise en place de « pilotes » pour évaluer l'usage de dispositifs de domotique, dispositifs médicaux et autres objets connectés et proposer de nouvelles organisations favorisant la préservation de l'autonomie et le maintien sur le lieu de vie. Cela pourra prendre la forme du développement de territoires d'expérimentation en s'appuyant notamment sur le réseau des Living Lab santé Autonomie. L'enjeu principal de ces pilotes sera d'évaluer en vie réelle leurs impacts sur la préservation de l'autonomie et le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables ainsi que, le cas échéant, leurs conditions de déploiement.

**Assurer la diffusion** notamment en communiquant des résultats auprès d'acteurs tels que mutuelles, complémentaires santé et autres assureurs, collectivités locales et bien sûr l'Etat et l'assurance maladie, pour déploiement (prise en charge partielle ou totale de dispositifs ayant démontré un résultat probant).

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Soutenir Gérard'if pour promouvoir l'innovation, la recherche, la formation et l'évaluation en gérontologie
- Diffuser les résultats de l'expérimentation relative à l'accès aux soins somatiques du Centre douleurs et soins somatiques du CH Barthélémy Durand
- Diffuser les résultats de l'expérimentation relative aux personnes souffrant du syndrome de Prader-Willi, conduite entre les centres ressources et l'IME La Gabrielle

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

Les innovations, technologiques et organisationnelles, qui permettent de renforcer l'autonomie des personnes constituent un levier important d'amélioration des parcours et de la qualité des prises en charge au plus près du lieu de vie. Elles doivent donc venir appuyer les projets de l'axe 1 (entre autres celui relatif à l'intégration des systèmes d'information dans les parcours) et permettre de réduire le recours non pertinent aux soins non programmés. Elles peuvent également constituer des objets de travail partenarial en dehors du champ de la santé, notamment dans le domaine du logement inclusif (axe 5). Elles pourront s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

## Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Il s'agit d'une part, de soutenir le développement de la recherche clinique en consolidant notamment les missions et l'activité de l'observatoire régional de la recherche clinique (ORRCI) d'Île-de-France et d'autre part, d'inciter à la recherche sur les services de santé et en particulier sur l'organisation des soins primaires.

Par ailleurs, l'action vise à mieux identifier les initiatives locales et accompagner le développement et la diffusion d'innovations organisationnelles adossées ou non à des technologies de santé par le co-développement et l'évaluation en vie réelle de solutions.

### 1. Finalité de l'action

Favoriser la qualité et la pertinence des prises en charge dans un contexte économique en tension et, par ailleurs, caractérisé par des besoins de santé en évolution, se traduit par la recherche et la mise en place de dispositifs visant à repenser les organisations (filières de prise en charge, partage d'information...) adossées ou non à des technologies de santé innovantes.

Dans ce cadre, l'action poursuit plusieurs finalités :

**L'accès à la recherche clinique dans les territoires** : en fonction de son lieu de résidence et donc des filières de prise en charge les plus accessibles, les chances d'accéder aux protocoles les plus récents varient. Symétriquement, pour les professionnels et les équipes, la possibilité de promouvoir ou de participer à des recherches constituent un facteur d'attractivité. Il y a donc un enjeu géographique et territorial à ce que des structures de santé où la recherche est aujourd'hui peu développée progressent sur ce plan.

**Encourager la recherche sur les systèmes de santé** : les soins primaires, le maintien à domicile, la préservation de l'autonomie des patients, la recherche sur la pertinence des soins ou sur les organisations de santé devraient prendre une place beaucoup plus importante car elles constitueront à l'avenir les axes de progrès essentiels de la qualité des prises en charge. Ces champs de recherche étant toutefois relativement nouveaux, une attention particulière doit y être portée.

**Soutenir des organisations qui répondent à des besoins et spécificités des territoires** : détecter et accompagner les initiatives portées par les acteurs de terrains, assurer les conditions de leurs évaluations dans une perspective de déploiement.

#### Les maisons de santé et centres de santé universitaires

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu la labellisation de structures d'exercice coordonné universitaires, avec la triple vocation soins – enseignement – recherche, reconnues par l'université. L'arrêté du 18 octobre 2017 en a défini les conditions de qualification. L'objectif est de soutenir la structuration progressive d'une activité de recherche et d'enseignement spécialisée dans le champ des soins primaires et ainsi de faire progresser la qualité des prises en charge.

Afin d'encourager le développement d'une activité de soins, de formation et de recherche, une réflexion

régionale sera proposée sur cette base en associant les acteurs de façon à mieux appréhender leurs attentes et favoriser ainsi un maillage territorial adapté dans le cadre d'un appel à projets..

## 2. Stratégie d'intervention

La stratégie visera d'une part, à une diffusion de cette recherche dans des structures, hospitalières ou non, qui y participent aujourd'hui trop peu. D'autre part, la stratégie poursuivra comme objectif le soutien aux initiatives organisationnelles innovantes émanant des acteurs des territoires, y compris des structures de petite taille mais avec un grand potentiel d'innovation (structures d'exercice coordonné, établissements et services médico-sociaux intervenant au domicile, ...). Six leviers sont identifiés :

**Consolider l'observatoire régional de la recherche clinique et de l'innovation (ORRCI)** en vue de produire des rapports d'activité et des analyses ciblées sur l'activité de recherche et des innovations organisationnelles mises en place dans les territoires franciliens.

**Mettre en place des partenariats visant à améliorer l'outillage**, notamment méthodologique, des équipes susceptibles de participer à des projets de recherche sur les services de santé, notamment en soins primaires. Le groupement régional pour la recherche clinique et l'innovation et l'AP-HP constitueront à cet égard des acteurs essentiels.

Promouvoir, en lien avec les partenaires concernés, une **formation initiale et continue** des professionnels, notamment des personnels non médicaux, adaptée aux enjeux de la recherche et au déploiement d'innovations.

Structurer le maillage territorial par le dispositif de **qualification des structures d'exercice collectif universitaire**.

**Promouvoir des pilotes portés par des acteurs des territoires** pour développer et évaluer en vie réelle des innovations organisationnelles adossées ou non à des technologies de santé

**Proposer, en lien avec l'AP-HP, des modalités de diffusion des progrès médicotecniques** en étant force de proposition sur l'évolution des modèles économiques et en intégrant les besoins de formation

**Développer et consolider les registres** afin de faciliter et évaluer la qualité et la pertinence des prises en charge

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mieux associer l'AP-HP et le GIRCI aux projets des autres établissements de santé et des structures d'exercice collectif en fille
- Tenir compte de l'accès à l'innovation dans le processus de renouvellement des autorisations DOS OK ???
- Généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (il en existe trois actuellement)
- Renforcer la recherche clinique en ambulatoire sur l'antibiorésistance chez l'enfant
- Diffuser la simulation en santé comme outil de formation initiale et continu
- Créer et exploiter des registres sur les champs où leur utilité a été identifiée (rythmologie, mortalité)

néonatale, ...)

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

La recherche clinique et sur les systèmes de santé, notamment lorsqu'elle porte sur les soins primaires, a vocation à déboucher sur des innovations permettant d'améliorer les parcours dans leur dimension clinique (axe 1), la pertinence du recours aux soins non programmés et plus généralement la qualité des soins (projets 2-3 et 2-4). Elle pourra s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé ») et sur une plus grande implication dans la recherche des professionnels de santé (programme de mise en œuvre « Ressources humaines en santé »).

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

## **Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé**

**Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :**

**Des Franciliens mieux et plus équitablement informés sur la santé**, sur les façons de la préserver, sur les droits et l'accès au système de santé, et sur son utilisation optimale.

**Des citoyens<sup>13</sup> plus capables de décider, d'agir pour leur santé et d'influencer leurs conditions de vie**, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental, y compris pour ceux éloignés du débat public.

**La généralisation des patients-experts pour différentes maladies chroniques**, usagers-formateurs pour différents types d'acteurs : patients, professionnels du soin, professionnels de l'accompagnement à l'emploi et de l'insertion sociale.

**Des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces**, prenant en compte les savoirs et l'expertise des bénéficiaires (à la fois les personnes et les familles), dans une approche de santé communautaire.

**Des citoyens et usagers** plus impliqués dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé régionales, avec comme corollaire une réduction des écarts de santé, ainsi que dans la politique de gestion des risques.

**Des représentants d'usagers ayant un vrai statut dans les différentes instances de concertation**, plus à même d'influencer les débats et de participer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé.

**Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons sept objectifs d'ici à 2022<sup>14</sup> :**

- Avoir augmenté la part des personnes adhérant à un GEM pour 1000 habitants
- Avoir augmenté la part de services à domiciles pour les PA et les PH organisant un recueil formalisé de la parole de l'utilisateur
- Développer l'accès aux soins en psychiatrie des plus jeunes (les 0/4 ans inscrits dans le SRS), avec une progression visée en 5 ans de 15%
- Mettre en place et diffuser régionalement au moins un projet prenant en compte le savoir expérimental des patients dans chacune des quatre priorités thématiques par pathologie du PRS2
- Intégrer dans un tiers des projets de transformation des axes 1, 2, 3 et 5 des dispositifs de participation citoyenne
- Avoir fait de Santé.fr un outil numérique de référence d'information sur la santé
- Avoir réduit la part des hospitalisations prolongées en psychiatrie (6 mois et plus) de 10% (en journées)

<sup>13</sup> Les notions clés indispensables à la compréhension de l'axe 4 : pouvoir d'agir, citoyens/usagers/habitants, etc., sont définies dans l'introduction du PRS.

<sup>14</sup> Certaines cibles seront fixées dans le cadre de l'annexe statistique qui sera publiée à l'automne 2018

#### Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

### Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif

Ce projet vise à renforcer les droits individuels et collectifs des usagers dans leurs parcours de santé en développant leur pouvoir d'agir. D'une part, pour accroître l'information en santé du patient ainsi que sa participation et son implication dans son parcours, le savoir expérientiel du patient doit être reconnu et pris en compte. D'autre part, le développement de la représentation des patients, usagers et familles est essentiel pour renforcer les droits collectifs et agir sur le système de santé.

#### 1. Finalité de l'action

Le savoir acquis par le patient est souvent méconnu ou sous-estimé par les professionnels. Pour autant, ce savoir expérientiel doit être reconnu. Il aide le patient à mieux s'adapter à son environnement. Pour ce faire, ces savoirs doivent pouvoir être amplement partagés aussi bien avec les personnes concernées (patients, familles, aidants) qu'avec les professionnels au travers de communautés (associations de patients, forums, groupes d'entraide ...), contribuant au développement de patients experts.

En outre, l'utilisateur du système de santé peut être aidé par des représentants d'utilisateurs, pour l'accompagner ou le représenter. Dans les établissements de santé, plus de 900 représentants sont désignés dans les commissions des usagers (CDU). Plus d'un tiers des postes reste à pourvoir notamment dans les établissements de faible capacité. Il s'agit donc à la fois de promouvoir l'intérêt de l'agrément en santé auprès des associations d'utilisateurs et d'encourager les associations agréées à soutenir des candidatures de leurs membres.

Dans le secteur médico-social, la représentation des usagers est à la fois moins contraignante mais aussi plus difficile à mettre en œuvre selon les situations spécifiques des bénéficiaires de ces services. Pour des raisons liées à ses handicaps ou pathologies, l'utilisateur est souvent représenté par sa famille. Il s'agit de promouvoir la participation et l'implication des personnes accompagnées et des familles, aussi bien dans les dispositifs légaux comme les Conseils de la Vie Sociale (CVS) ou les Personnes Qualifiées (PQ) que dans les différents projets menés par les structures médico-sociales. Il convient donc pour cela de développer tous les moyens favorisant l'information et l'implication des résidents et des familles.

Dans le secteur ambulatoire, la représentation des usagers n'est pas encadrée mais des expérimentations ou démarches innovantes se mettent en place. Ces projets sont à poursuivre et à valoriser. Les projets territoriaux qui se mettent en place devront intégrer les usagers dès leur conception.

Enfin, dans les lieux de privation de libertés, les droits et la parole des usagers doivent être constamment et attentivement respectés.

#### Les commissions des usagers, un positionnement renforcé dans les établissements de santé

Ces commissions, mises en place fin 2016 ont de nouvelles compétences par rapport aux précédentes commissions, notamment en matière de qualité et de sécurité des prises en charge, et peuvent s'autosaisir de certains sujets. Le bilan qui sera fait du premier exercice devra permettre d'identifier les acquis réellement apportés afin de déterminer les développements à poursuivre et inspirer des pratiques au-delà du champ des établissements de santé. Dans le domaine médico-social, des établissements ayant des difficultés à mettre en place les conseils de la vie sociale ont développé des formes de démocratie directe qu'il conviendra de faire

connaître selon le bilan de leur évaluation.

## 2. Stratégie d'intervention

### **S'appuyer sur le savoir expérimentiel du patient et créer les conditions favorables à sa capacité d'agir**

Promouvoir la place du patient expert (ou patient ressource) dans les programmes d'ETP, par l'information et la formation des usagers

- Développer les programmes d'ETP ambulatoire au plus près des usagers
- Intégrer les proches aidants aux programmes d'ETP
- Développer les modalités de soutien par les pairs (pairs aidants, patients pairs) en santé mentale et dans les maladies chroniques
- Développer l'intervention des patients ressources dans les programmes de formations médicale et paramédicale
- Expérimenter des projets d'accompagnement sanitaire, sociale et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap prévus par l'article 92 de la LMSS

### **Permettre au système de santé d'assurer les droits individuels des usagers pour améliorer la qualité du système de santé**

- Orienter les usagers vers les dispositifs et outils permettant de répondre à leurs demandes ou réclamations.
  - Promouvoir la médiation pour prévenir les situations potentiellement conflictuelles, par le recours aux instances de représentation des usagers et aux personnes qualifiées pour examiner les griefs des usagers et résidents afin d'améliorer la qualité de l'établissement
  - Expérimenter le guichet d'accueil et d'accompagnement des demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations au sein des Conseils territoriaux de santé (CTS), et notamment leurs formations usagers
- Promouvoir les actions développées par les établissements pour renforcer les droits des usagers : évaluation de la satisfaction des patients, échanges entre usagers et professionnels, acculturation des professionnels aux droits des usagers ....
- Renforcer les droits des usagers par des projets portés par les structures intervenant au plus près des lieux de vie : associations de médiation et d'accès aux droits, centres de santé, maisons de santé, réseaux, SSIAD, HAD...
- Mener des actions spécifiques à destination des publics vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, familles monoparentales, bénéficiaires des minima sociaux, personnes sous main de justice...

### **Développer la participation et l'implication des usagers, familles, aidants, de leurs associations et de leurs représentants pour porter la parole de l'utilisateur**

- Promouvoir l'agrément auprès des associations d'usagers et encourager la diversité associative
- Encourager les candidatures d'usagers du système de santé
  - Par la promotion de la formation de base et continue
  - Par l'implication des usagers et de leurs représentants dans la qualité du système de santé
- Développer les appels à candidatures de personnes qualifiées dans le secteur médico-social
- Animer le réseau des instances de représentation des usagers dans les territoires pour améliorer la visibilité et le fonctionnement de ces dispositifs



- Favoriser la représentation des usagers dans les différents comités de sélection, commissions, instances au sein de l'Agence et dans les dispositifs soutenus par l'ARS.
- Créer une dynamique d'échange entre les niveaux de représentation local, territorial et régional
- Développer un partenariat avec l'union régionale des associations d'usagers sur l'agrément et constituer un réseau actif d'associations, fédérer les acteurs institutionnels pour développer les désignations des personnalités qualifiées
- Participer aux réflexions et travaux sur la création d'un statut du représentant des usagers

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Développer la construction des programmes d'éducation thérapeutique avec les patient-experts
- Intégrer des patient-experts ou ressources dans les projets d'action de l'Agence et à la réflexion sur la prise en charge des patients présentant un trouble psychique y compris à l'hôpital
- Renforcer les compétences psycho sociales des jeunes et soutenir la mise en place de programmes dans la durée, y compris hors du système de santé (établissements scolaires, ...), en associant les jeunes et leur entourage, et en favorisant la création d'espaces d'échanges entre équipes éducatives, jeunes, et familles
- Développer la prévention, les modalités de soutien par les pairs (groupes d'entraide mutuelle, médiateurs sociaux en santé, étudiants relais santé pairs, adultes relais, etc.)
- Développer l'accès à des programmes de Psychoéducation ayant fait leurs preuves (via l'éducation thérapeutique notamment)
- Maîtriser / réduire le recours aux restrictions de liberté (soins sous contrainte, isolement, contention) et préserver la dignité du patient
- formation à la vie sexuelle/affective des personnes handicapées
- Présence des personnes concernées aux réunions des cellules de concertation pluriprofessionnelle autour de situations psychosociales complexes
- Renforcer les droits des usagers notamment des personnes vulnérables, dans le secteur médico-social et à domicile : personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, personnes détenues
- Améliorer le fonctionnement des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux
- Promouvoir le dispositif de médiation par les personnes qualifiées en renforçant l'information aux usagers et en favorisant la coordination de leurs interventions

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrit dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes. Ce projet doit par ailleurs être mis en regard de l'axe 1, l'amélioration de la coordination des parcours passant nécessairement par un renforcement de la prise en compte de la parole de l'utilisateur et de son pouvoir d'agir. C'est tout particulièrement le sens du projet 1-5 (accompagnement thérapeutique de proximité), les dispositifs de proximité devant intégrer particulièrement le savoir expérientiel. Par ailleurs le renforcement du pouvoir d'agir individuel des usagers dans le système de santé constitue un important vecteur d'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge (projet 2-4).

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

## Renforcer la participation des Franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé

Dans le cadre de la mise en place de la démocratie en santé, les habitants d'un territoire sont amenés à donner leur avis et contribuer à l'élaboration des politiques de santé. Cette nouvelle place des habitants résulte de l'évolution de la réglementation et d'une demande sociale d'implication accrue dans les décisions publiques. Il s'agit de mettre en place cette participation directe des habitants et non seulement des usagers. Les conditions d'association des habitants déterminent le fait que cette participation contribue à la réduction des inégalités, ou au contraire vienne les aggraver.

Ce processus facilitera notamment le développement souhaité de la santé communautaire, définie (conformément à l'acception québécoise) comme une « discipline fondée sur la participation et l'engagement de chaque membre de la communauté géographique et sociale qui a pour objet l'amélioration de l'état de santé de la communauté et la recherche d'une utilisation optimale des services sanitaires et sociaux ».

### 1. Finalité de l'action

La participation des habitants sert une vision élargie de la santé qui dépasse le soin et la maladie pour s'intéresser aux facteurs qui peuvent l'influencer (déterminants de la santé parmi lesquels les conditions de travail, les relations sociales, les habitudes de santé, etc.). Tous les habitants, malades ou non, sont ainsi concernés. Depuis une quinzaine d'années, la participation en santé se développe au travers d'instances de représentation des usagers dans les établissements et administration de la santé. Cependant, la **participation directe des habitants** à la santé n'est pas incitée et peu développée.

Cette participation peut pourtant constituer une des stratégies de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, à condition que les modalités de participation s'affranchissent des processus de sélection sociale. Elle vise à améliorer la santé de la population en assurant une meilleure adéquation entre offre, besoins et demandes de santé et en développant la capacité d'agir des habitants sur leur propre santé. Au plan méthodologique, il est acquis que la prise en compte des habitants les plus éloignés du débat public et les plus défavorisés améliore la qualité de la réponse non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour l'ensemble de la population.

Elle implique d'irriguer en profondeur les méthodes de travail et doit donc être mise en place à toutes les échelles : au niveau régional, il convient de faire participer les habitants à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du PRS, à partir de focus groupes dans des populations spécifiques (expérimenté dans les quartiers populaires) ou de plateformes web ; au niveau local, il faut améliorer la participation aux dispositifs de la politique de la ville, et dans d'autres politiques publiques. Les modes de consultation numérique quant à eux permettent de consulter les habitants sur des grandes questions quelle que soit l'échelle géographique.

### L'association des habitants à l'élaboration du PRS à travers une expérimentation conduite dans N quartiers populaires

Huit associations adhérentes à la Fédération régionale des associations de médiation sociale et culturelle ont organisé, dans la phase de diagnostic du PRS, chacune deux rencontres avec des habitants (une dizaine par association) pour recueillir leurs avis sur l'élaboration du projet. Au cours de ces rencontres, les habitants ont pu exprimer ce qu'étaient pour eux la santé, les facteurs qui l'influençaient positivement et négativement. Ils se sont mis d'accord sur une liste de thématiques prioritaires.

Cette expérimentation a permis de confirmer certains besoins (la coordination entre soignants, par exemple) mais aussi de faire émerger des questions inédites, nouvelles ou sous-estimées comme l'importance de la relation soignant-soigné, de certains éléments d'environnement pour l'autonomie, par exemple les cheminements ou le fonctionnement des ascenseurs, ou encore des éléments d'explicitation de la pratique genrée de l'activité physique. Elle a vocation à constituer un prototype d'autres actions de ce type sur la durée du PRS, dans la phase de préparation ou de mise en œuvre d'interventions.

## 2. Stratégie d'intervention

**Mettre en œuvre un dispositif participatif avec les habitants** : Il s'agit de partir de l'expérience citoyenne pour élaborer les politiques sanitaires, en utilisant l'expression directe d'habitants volontaires, de façon ouverte dans le cadre de « focus groups ». Cette modalité de travail a été expérimentée avec les habitants de quartiers populaires sur les priorités de santé et doit être poursuivie sur la construction d'actions et le suivi du PRS, en veillant à des modalités atteignant les habitants moins habitués à la participation citoyenne.

**Renforcer la participation des habitants dans les dispositifs locaux** : La participation citoyenne dans les ASV et CLS doit être renforcée car elle est en général confinée au diagnostic local de santé. Or des expériences conduites dans certaines villes montrent que cette participation peut améliorer la conception et la mise en œuvre des actions. De même pour les CLSM ou encore d'autres dispositifs, comme les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé) : il a été montré que la participation des jeunes est indispensable pour la réussite du programme d'établissement dans lequel le projet du comité est intégré. Enfin il est intéressant de s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé pour la mise en œuvre de dispositifs participatifs locaux.

**Systématiser la mobilisation des instances participative de la politique de la Ville** dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé. Il est nécessaire que ces instances (conseils de quartiers, conseils « citoyens », collectifs d'associations, associations de proximité, etc...) soient outillées pour mieux infléchir ces politiques.

**Consulter les Franciliens à partir de plateformes numériques** : Pour poursuivre l'objectif de participation des citoyens à la politique de santé, il est important de pourvoir les consulter occasionnellement ou de façon suivie sur des questions importantes pour l'Agence. Pour ce faire peuvent être mobilisés les plateformes web, les budgets participatifs, etc. et tout autre dispositif participatif ayant montré son efficacité. Pour prévenir l'inégalité d'accès aux technologies numérique, des dispositifs doivent être mis en œuvre vers des publics spécifiques, par exemple par l'élaboration d'une réponse collective élaborée avec l'appui d'associations de terrain.

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques. Ce projet doit par ailleurs être mis en regard de l'axe 1, les citoyens devant être associés aux dynamiques territoriales.

Un certain nombre de dispositifs sont partenariaux et doivent être pilotés en lien avec d'autres institutions publiques, notamment l'éducation nationale ; la prise en compte des citoyens sous l'angle de la santé constitue en lui-même un objet de plaidoyer (cf. l'axe 5).

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec l'action 3.4 du PRSE visant à mettre en place une démarche locale participative d'identification et de résorption des zones de multi-exposition

#### Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

### Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité

Il s'agit de rendre accessible l'ensemble des informations sur la santé (promotion de la santé, impact des déterminants sociaux, prévention, offre de service, droits) à chaque Francilien au plus près de son lieu de vie grâce à l'intervention de médiations socio-sanitaires et au développement de la santé de proximité avec une dimension participative.

#### 1. Finalité de l'action

L'information en santé à destination des habitants, diffusée dans le cadre de relations de confiance, peut permettre l'intervention des habitants sur les déterminants de leur santé, l'adoption de comportements favorables à la santé et un recours aux soins dans de meilleures conditions et au bon moment. Les habitants, des quartiers populaires en particulier, déclarent ne pas se sentir concernés par l'information issue des campagnes nationales d'information trop éloignées de leur mode de vie, ne pas savoir quelle information choisir parmi la multitude diffusée chaque jour, et n'être en confiance qu'avec des personnes proches (associations, médiateurs sociaux, personnes relais) ou leur médecin.

Ces sujets sont désormais bien étudiés et l'efficacité de certaines formes d'intervention a été montrée grâce à des expérimentations. On connaît l'importance de l'interconnaissance locale des acteurs et de la lisibilité des ressources locales. Les interventions doivent être basées sur l'approche « aller-vers », professionnalisée (grâce à des médiateurs sociaux ou en santé, ou à des personnes relais formées aux questions de santé), et co-construites avec leurs bénéficiaires en fonction de leurs besoins.

Des expériences de maison de santé mettant en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé avec participation des habitants se sont développées en quelques lieux de la région. Elles sont devenues des sources fiables d'information et constituent à cet égard une évolution très favorable pour l'amélioration du pouvoir d'agir des habitants. Cette approche doit être rapprochée de la « santé communautaire » anglo-saxonne. Il existe par ailleurs des difficultés de communication entre soignant et soigné exprimées par les citoyens, soulignées par les habitants des quartiers populaires eux-mêmes et documentées dans la littérature, qui éloignent du système de santé et créent des pertes de chance.

En se basant sur ces progrès de la connaissance et ces expérimentations prometteuses, il s'agit de construire un dispositif d'information de proximité en s'attachant à un maillage fin d'acteurs (professionnels, associations, personnes relais, habitants, etc.) dans le champ socio-sanitaire au niveau des quartiers et en milieu rural.

#### **Promosanté-idf.org, une plateforme de ressources en promotion de la santé pour les acteurs de l'information de proximité**

La plateforme de ressources francilienne en promotion de la santé, PromoSanté Île de France a été créée dans la continuité du pôle régional de compétences. PromoSanté IdF, financée par l'Agence régionale de santé, a pour mission principale de faciliter le développement de projets en promotion de la santé, en référence aux orientations de la politique régionale. Ainsi, PromoSanté IdF a pour vocation de mettre à disposition des ressources documentaires et méthodologiques et un accès facilité à des formations existantes, ainsi que de contribuer à l'appropriation des données de la science au sein des pratiques et de faciliter la consolidation des

connaissances à partir des expériences de terrain.

Ses principes d'action incluent la limitation de l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé, le soutien aux projets coopératifs alliant éducation pour la santé et actions sur les facteurs environnementaux, la reconnaissance de l'altérité et donc du débat.

## 2. Stratégie d'intervention

**La construction du dispositif d'information en santé de proximité, sur le territoire francilien, se réalise à partir des trois grands objets articulés de la manière suivante :**

**Identifier et renforcer la diffusion de proximité d'une information accessible aux Franciliens en besoin de littératie en santé** : A partir d'un recensement des ressources locales et des besoins exprimés par les habitants, il s'agira de mettre en lien les acteurs de proximité : relais non spécialisés et médiateurs sociaux, afin de rendre visible et lisible le dispositif d'information de proximité inhérent à chaque territoire. De plus, nous chercherons à renforcer la formation en santé des médiateurs sociaux et des personnes relais (habitants-relais, habitants-experts). La montée en charge de la plateforme ressource promotion de la santé ainsi que de [santé.fr](http://santé.fr) permettra que les associations et personnes relais puissent acquérir un socle de connaissances et de compétences en santé.

**Accompagner les professionnels de santé, vecteurs d'information de référence en santé, au renforcement de la littératie en santé** : L'enjeu est de travailler les modalités de communication soignant-soigné dans les territoires de proximité, à raison de cinq territoires par an. Pour lutter contre les expériences négatives de soins (incompréhension, sentiment d'être jugé, ..), il sera nécessaire d'engager des projets de dialogue entre les professionnels de la santé et les habitants de quartiers populaires par une recherche action afin d'identifier les barrières à la littératie en santé. Ces projets permettront également d'identifier les solutions pour améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Par ailleurs, avancer sur la littératie en santé à destination d'un public diversifié (handicapé, âgé, faible scolarisation, issu de l'immigration, etc.), à partir d'enquêtes de besoin de façon à améliorer les modalités de communication avec les personnes à faible niveau de littératie.

**Encourager l'émergence d'au moins dix écosystèmes favorisant information de proximité, participation et approche globale de santé impliquant à la fois professionnels de santé et relais non spécialisés** : L'enjeu serait qu'à l'échelle d'un territoire, l'information de santé portée par les acteurs non spécialisés et les professionnels de santé conduisent à l'émergence d'écosystèmes s'appuyant sur l'approche globale de la santé : prévention promotion de la santé, soins et sur une coopération entre les acteurs locaux. La démarche favorisera le développement de coopérations entre les promoteurs sur un ensemble d'objectifs de santé publique correspondant à des priorités territoriales et appuyées sur des avis exprimés par les habitants.

Dans ce cadre, nous soutiendrons et ferons la promotion de structures de soins de proximité (Maisons de santé pluridisciplinaire, centres de santé) et dispositifs de coordination type Plateforme territoriale d'appui (PTA) et Communauté professionnelle territoriales de santé (CPTS) reprenant cette démarche, prioritairement sur des territoires en contrat local de santé. Ce type de démarche pourrait favoriser une auto-organisation communautaire des habitants du quartier autour des problématiques de santé communes.

Dans le cadre de ces trois objectifs, nous intégrerons le service sanitaire des étudiants en santé comme un levier pour faciliter la convergence entre la formation des professionnels et le développement de la prévention en proximité.

Enfin, un état des lieux des acteurs de terrain (médiateurs sociaux, médiateurs en santé, traducteurs, personnels de la petite enfance, du social ou d'autres sphères) susceptibles de prendre part au processus sera mené avec la collaboration des conseils départementaux le souhaitant.

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Développer des outils de communication en périnatalité adaptés au contexte de vie des femmes et organiser le recours aux services d'interprétariat (droit à l'information en langue maternelle) et de médiation socio-sanitaires
- Mise en place de Plateforme régionale d'appui aux opérateurs en promotion de la santé : Promo Santé IDF
- Soutenir l'action des promoteurs locaux de santé (associations, collectivités, etc...) en les aidant à se structurer en coalitions, coopératives et alliances.
- Faciliter l'insertion de professionnels en formation (service sanitaire) dans des actions de promotion de la santé
- Accroître la visibilité de l'offre pour les patients en lien avec les animateurs de filière neurologique
- Développer les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes âgées
- Généraliser les guides santé mentale territoriaux et leur mise en ligne

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques.

Sur les territoires où ces « écosystèmes » seront construits, la participation de l'ensemble des acteurs devra être recherchée. Ainsi l'intégration de ces objectifs au sein de ceux des dynamiques territoriales (axe 1) sera essentielle. Les collectivités territoriales concernées devront être impliquées de façon très importante (axe 5).

Par ailleurs les enjeux de l'information de proximité et de la relation soignant-soigné devront trouver une place dans la formation des professionnels de santé ou de la médiation (Programme de mise en œuvre « ressources humaines en santé »).

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

#### Axe 4 : permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

### Faciliter l'accès à une information en santé de qualité grâce au numérique

Faire de [santé.fr](http://santé.fr), aujourd'hui encore en phase de test, l'outil majeur d'information santé grand public et de référence des Franciliens.

#### 1. Finalité de l'action

Des habitants et des patients souhaitent être de plus en plus acteurs de leur santé et pour cela, font un usage massif et croissant de recherche d'informations santé sur internet, à travers les sites spécialisés et les réseaux sociaux. Toutefois les enquêtes montrent un grand niveau d'insatisfaction et une faible confiance dans l'information disponible en ligne, qui peut être biaisée, non validée ou périmée. L'information publique et/ou institutionnelle en santé, voire tout simplement validée scientifiquement, est éparpillée sur le web et à faible impact.

C'est pourquoi la loi de modernisation de notre système de santé a prévu la création d'un « service public de l'information en santé ». Dans ce cadre a été élaboré *Santé.fr*, une application développée par l'ARS Île-de-France pour le compte du ministère chargé de la santé et aujourd'hui en cours d'expérimentation. D'ici à 2022 cette application doit être devenue légitime et constituer un outil de référence en le faisant connaître, en l'enrichissant grâce à une intégration systématique dans les politiques nationales, régionales ou locales et en faisant la preuve de son efficacité pour les citoyens, les patients et les professionnels.

Par ailleurs une réflexion systématique doit être conduite quant à l'opportunité et aux modalités de l'information numérique dans la conception de programmes de promotion ou de promotion de la santé ou d'amélioration des parcours de santé.

Enfin, l'enjeu de l'appropriation équitable de l'information en santé par les différents groupes sociaux passe à la fois par un effort sur les contenus (lisibilité des messages, identification des catégories et groupes sociaux...), sur les modes de diffusion et sur l'amélioration de la littératie en santé (cf. projet précédent)

#### ***Santé.fr*, une application grand-public pour accéder à une information en santé de référence**

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place d'un service public de l'information en santé, permettant de mettre à disposition du public et des usagers de l'information en santé de référence et scientifiquement validée. Sa première traduction concrète est l'application *Santé.fr*, dont le prototype a été réalisé par l'ARS Île-de-France et qui est en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire. Cette application permet d'accéder, d'une part, à des informations sur les pathologies, les prises en charge, les droits à l'assurance maladie, etc., et d'autre part à des informations géolocalisées relatives à l'offre de santé (professionnels ou structures prenant en charge telle ou telle pathologie, etc.). Le contenu provient d'institutions nationales et des partenaires régionaux.



## 2. Stratégie d'intervention

Le premier enjeu est de faire de *Santé.fr*, aujourd'hui encore en phase de test, l'outil majeur d'information santé grand public et de référence des Franciliens, sur au moins trois aspects :

- Une information santé de référence, produite par des organismes publics ou mandatés et faisant autorité scientifique et médicale (structures universitaires, réseaux régionaux de référence, etc.) ;
- Une information au plus proche des besoins des Franciliens puisque l'objectif est de disposer d'une information autant que possible géolocalisée, s'agissant de l'offre de santé (consultations spécialisées, etc.) ou de certains facteurs de risque ;
- Une information réactive, grâce à la possibilité de générer des alertes plus ou moins ciblées (campagnes de prévention, alertes sanitaires, etc.)

L'animation éditoriale régionale de *Santé.fr* doit être co-construite avec les internautes et les parties prenantes régionales (choix des sources et des contenus référencés, adaptation à partir des données d'usage et des retours des internautes). Notamment les associations œuvrant dans le champ de la santé, de la médiation, de la politique de la ville, etc., ainsi que les collectivités territoriales doivent y être associées.

Les possibilités offertes par l'information numérique, et notamment *Santé.fr*, doivent donc être intégrés systématiquement dans les politiques de l'Agence et ses relations avec les partenaires, ainsi que l'ensemble des producteurs locaux d'information en santé (hôpitaux, réseaux, dispositifs d'appui aux parcours, structures de prévention, établissements et services médico-sociaux ou collectivités territoriales, notamment). Autant que possible, la convergence vers un outil unique plutôt que vers une information dispersée à travers des sites Internet ou des applications dédiés devra être recherchée afin d'en renforcer l'impact et la visibilité.

Un outil permettant l'accès à un contenu dense, réactif et fiabilisé pourra ensuite être promu auprès des Franciliens.

### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Améliorer la lisibilité de l'organisation de prise en charge et de prévention pour les prises en charge structurées en filière
- Permettre la géolocalisation des acteurs de la prévention primaire sur la nutrition et l'activité physique, des programmes d'éducation physique, des consultations d'aide au sevrage tabac, des associations et clubs sportifs certifiés « activité physique adaptée »
- Information et accès pour les professionnels de santé aux outils disponibles
- Accès pour les jeunes à un panier de services de prévention et à une offre de services territorialisée et adaptée à leurs besoins.

## 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques. Plus particulièrement, ce projet constitue le pendant du projet relatif au renforcement de l'information de proximité, les outils numériques ne bénéficiant pas de la même manière à tous les publics en fonction de leur degré d'autonomie et nécessitant la mise en place d'autres modalités d'information complémentaires.

Les outils et services numériques constituent un des leviers forts de mise en œuvre du PRS, à travers notamment l'amélioration de la coordination des parcours (projet 1-4), la pertinence du recours aux soins non programmés (projet 2-3) et l'innovation (axe 3). Une stratégie globale d'urbanisation des référentiels, services et informations disponibles est donc nécessaire pour leur déploiement optimisé. C'est l'un des enjeux du programme de mise en œuvre « production et traitement des données de santé ».

#### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec les sous-actions du PRSE visant à mieux informer la population sur les risques :

- 1.2
- Action 1.3 relative au développement d'un réseau régional ressource en santé environnement
- Action 2.2 relative aux risques liés à l'amiante
- 2.4
- 3.5
- Action 4.1 relative à la réduction des risques environnementaux chez la femme enceinte et le jeune enfant
- Action 4.2 relative aux risques auditifs liés notamment à l'écoute et la pratique de musique

## Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

### Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Si l'action coordonnée, sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.) est reconnue par tous les acteurs comme le principal levier d'amélioration de l'état de santé d'une population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, **la prise en compte systématique des enjeux sanitaires et des enjeux d'équité en santé dans les politiques et les grands projets franciliens** devra devenir une « routine », un réflexe dans leur élaboration.

Afin d'atteindre ces résultats, l'Agence a déterminé quatre champs d'intervention privilégiés en articulation avec d'autres politiques publiques. Le plaidoyer<sup>15</sup> constituera un outil transversal, mobilisé dans chacun de ces champs.

Cette action a vocation à se déployer dans l'ensemble des politiques publiques, qu'elles soient portées par des acteurs régionaux (services de l'Etat, conseil régional, représentation régionale du CNFPT, ...) ou locaux (départements, communes et établissements de coopération, etc.). A ce titre les divers documents de planification locaux (plans locaux d'urbanisme, pour l'habitat, de développement durable, plans locaux climat, ...) devraient à terme intégrer les enjeux de santé. Cette dimension locale implique une mobilisation du siège de l'Agence, mais également des délégations départementales. Les conseils territoriaux de santé seront également un maillon essentiel.

### Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons six objectifs d'ici à 2022<sup>16</sup> :

- Avoir augmenté le nombre de politiques publiques ayant inscrit sur l'agenda politique un ou plusieurs axes ayant intégré la santé au sens large
- Avoir augmenté la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire
- Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans au moins deux des trois piliers
- Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables
- Introduire dans 30% des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition
- Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire

<sup>15</sup> Cette notion est définie dans l'introduction du PRS.

<sup>16</sup> Certaines cibles seront fixées dans le cadre de l'annexe statistique qui sera publiée à l'automne 2018

## Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

### Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale

L'Agence a mené une politique intersectorielle active, à travers notamment des conventions entre administrations permettant d'aborder des questions sanitaires complexes de façon transversales. Certaines de ces conventions relevaient d'une volonté régionale (avec la PJJ, le rectorat de Versailles ou la DRJSCS), d'autres déclinaient de façon précise des plans nationaux, comme le plan régional de santé au travail (PRST)

En complément de cette stratégie de coordination de politiques publiques, et de mise en œuvre de plans transversaux, il est souhaité développer une stratégie de plaidoyer (cf. l'introduction du PRS sur cette notion). L'élaboration de cette stratégie est un autre moyen pour l'Agence de contribuer à un débat permettant de faire évoluer les politiques publiques ou les grandes interventions collectives dans un sens favorable à l'équité en santé, et à la résolution de problèmes de santé aux origines sociales, urbaines, environnementales ou autres.

#### 1. Finalité de l'action

La démarche de plaidoyer puise sa source dans l'approche écologique de la santé qui met en évidence les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement (habitat, conditions de travail, réseaux sociaux, caractéristiques des organisations et des quartiers, politiques publiques...). En Île-de-France, cette approche est d'autant plus importante que les problématiques d'inégalités sociales de santé caractéristiques de la région sont fortement intriquées à l'environnement socio-urbain.

Reconnue comme un pilier incontournable pour promouvoir la santé, par la charte d'Ottawa, le plaidoyer est un processus actif qui vise à traduire des problèmes individuels en enjeux sociaux. Il fait intervenir des mesures stratégiques pour influencer d'autres acteurs : personnes, communautés, décideurs afin qu'ils s'attachent aux facteurs sous-jacents favorisant une collectivité en meilleure santé.

Il s'agit ainsi d'améliorer les conditions de vie, de travail et d'accès aux services par la réforme des politiques sociales, et de promouvoir des macropolitiques favorables à la santé par un travail partenarial de renforcement des capacités des collectivités et autres acteurs régionaux afin qu'ils s'attaquent plus directement aux causes de la mauvaise santé.

Les interventions antérieures de l'Agence sur certains déterminants socio-urbains de la santé - logement, habitat, éducation, aménagement - témoignent d'un investissement progressif dans la pratique du plaidoyer. A présent, la structuration d'une stratégie de plaidoyer centrée sur les déterminants socio-environnementaux va permettre à l'Agence d'examiner ses actions déjà en cours sur les politiques citées précédemment en vue de gagner en efficacité. Elle devra les faire converger vers des changements précis. Elle cherchera également à pénétrer de nouveaux champs.

#### **Le plaidoyer en faveur de l'hébergement des femmes enceintes et sortant de maternité**

L'Agence a depuis plusieurs années soutenu la prise de conscience et l'élaboration de politiques publiques vis-à-vis du phénomène émergent des femmes enceintes ou avec nouveau-né sans hébergement : en soutenant des études telles qu'ENFAMS ou celles liées à REMI, en valorisant leur résultats, en proposant l'inscription de la question dans le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, en contribuant à des programmes conjoints avec la DRIHL, en soutenant des expérimentations et en finançant leur évaluation. Aujourd'hui, cette question

majeure est inscrite à l'agenda des politiques publiques

## 2. Stratégie d'intervention

**Organiser et outiller l'Agence** : Un cadre de gouvernance doit être défini, qui inclut un pilotage scientifique. Ensuite les collaborateurs devront être formés, sur la base d'un plan de formation complet construit avec l'aide d'une expertise extérieure.

**Déployer une ou plusieurs campagnes de plaidoyer, à titre d'exemple** : Toutes les politiques ne peuvent faire l'objet d'un plaidoyer pour des raisons de ressources et d'opportunités. Une méthode de priorisation sera mise en place qui tiendra compte, d'une part, des populations à privilégier dans le PRS et, d'autre part, des critères d'impacts sur les déterminants, des marges d'intervention offertes, et les preuves de retour sur investissement passées. L'identification des sujets dans d'autres plans pourra également être un critère de choix, comme par exemple le plaidoyer « pour un urbanisme favorable à l'équité en santé » ou le plaidoyer « pour un environnement de travail favorable la santé » (PRS2 et Plan régional santé au travail respectivement).

**Renforcer les capacités et compétences des autres acteurs et partenaires, régionaux et locaux, pour qu'ils s'emparent du plaidoyer et mettent en œuvre des politiques favorables à la santé** : l'objectif visé est que les acteurs en charge de construction ou de déploiement de politiques nationales et régionales s'emparent des questions de santé liées au contexte socioéconomique et environnemental et apprennent à inviter la santé au cœur de leurs actions. A terme, l'objectif du projet plaidoyer est de promouvoir les résultats des campagnes pour participer à l'inscription de sujets dans les agendas politiques, à toutes les échelles.

### Exemples d'objets de plaidoyers identifiés dans le cadre des thématiques prioritaires

- Favoriser l'accès ou le maintien de la scolarité pour les enfants en difficultés
- Favoriser le renforcement des facteurs faisant de l'école un environnement favorable à la santé mentale dans le sens des écoles bienveillantes (cf. le rapport Moro-Brison)
- Mobiliser les politiques publiques pour renforcer les dispositifs d'accès des femmes sans hébergement en sortie de maternité à des hébergements stabilisés en présence de leurs jeunes enfants
- Développer l'emploi accompagné pour soutenir les personnes et les entreprises inclusives

## 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

La stratégie de plaidoyer s'appuiera sur les éléments de priorisation identifiés dans le reste du PRS, en fonction des priorités thématiques ou des déterminants de santé mis en avant dans l'axe 5. Elle pourra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4).

#### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la convention signée avec l'ANRU et le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, ainsi que l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales.

La stratégie de plaidoyer est par ailleurs complémentaire d'une démarche de coordination des politiques publiques, qui agit dans un registre différent mais qui apparaît essentielle dans certains champs (cf. par exemple le plan régional santé travail, etc.).

##### Le travail comme déterminant de santé : coordination des politiques publiques et plaidoyer

Les conditions de travail et d'emploi en Île-de-France sont l'un des grands déterminants de santé, qui fonde une part importante des inégalités sociales. Ce déterminant connaît des évolutions importantes, liées à l'évolution de la structure et des modalités du travail, et à des modifications dans les processus collectifs de protection de la santé ; ainsi les relations entre santé et travail/ emploi ne relèvent pas seulement du cadre de l'entreprise et de la responsabilité de la DIRRECTE, mais interpellent aussi l'ensemble des acteurs de santé publique. Les risques au travail et les autres déterminants de santé ne peuvent pas être envisagés de façon cloisonnée, par exemple en raison des problèmes urbains ou de transports. C'est pourquoi il sera nécessaire que l'Agence développe une stratégie associant

- a) la coordination des politiques publiques (avec notamment la déclinaison du PRST), afin de permettre aux travailleurs de bénéficier dans le milieu de travail de certains programmes de santé publique
- b) l'adaptation de ses propres démarches aux caractéristiques actuelles du travail et de l'emploi, en particulier pour permettre aux catégories concernées par le travail à horaires décalés ou contraints d'accéder aux structures de soins ou de prévention
- c) le développement des connaissances en matière d'interaction entre risques professionnels, conditions de vie, et inégalités de santé
- d) l'extension progressive de la caractérisation professionnelle des patients dans les systèmes d'information
- d) des stratégies de plaidoyer fondées à la fois sur ce développement des connaissances et sur la mobilisation des différents acteurs concernés

### Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

## Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles

La capacité d'accéder à un logement et de bénéficier de conditions d'habitation positives est déterminante, notamment pour les enfants et les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Par ailleurs, des populations présentent une vulnérabilité particulière aux risques sanitaires liées au logement. L'Agence doit donc déclencher un travail partenarial visant à ce que les acteurs (collectivités, bailleurs) tiennent compte de ces enjeux dans leur politique du logement et de l'habitat.

### 1. Finalité de l'action

Quatre situations sont repérées comme nécessitant un plaidoyer de l'Agence auprès des pilotes de politiques publiques, des collectivités territoriales et des opérateurs du logement :

- Un nombre croissant de personnes en situation de handicap souhaite choisir son habitat. Elles expriment une demande de projet social, dans un environnement adapté et sécurisé garantissant inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire. Le développement de l'habitat inclusif est une réponse permettant de mettre en œuvre ce droit.
- Des personnes disposent d'un logement mais celui-ci et son environnement peuvent ne pas être favorables à leur santé. Des actions de prévention et de gestion de situation doivent être conduites en proximité pour permettre le maintien dans le logement.
- Il convient également d'apporter une attention particulière à toutes les femmes suivies en maternité sans solution d'hébergement ainsi qu'aux sorties de maternité pour les ménages sans solution d'hébergement. A titre d'exemple plus de 1000 situations de femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement en Seine-St-Denis en 2016 ont fait l'objet d'une orientation par le SIAO vers un hébergement d'urgence.
- La question de l'habitat indigne est une problématique prégnante en Île-de-France, qui nécessite la mise à jour constante des modes d'intervention existants, que ce soit en matière de prise en charge du bâti ou des occupants. Ces modes d'intervention doivent également prendre en compte les évolutions réglementaires ainsi que le développement des intercommunalités au sein des territoires. Ces changements impliquent de créer de nouveaux partenariats, d'identifier les acteurs concernés, intervenant sur différentes échelles territoriales.

#### Le développement de l'habitat inclusif

L'objectif est de faire évoluer les réponses apportées aux besoins et aux attentes des personnes handicapées et de leurs aidants, en développant des dispositifs promouvant leurs capacités et leur participation et en favorisant une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme à leur souhait. Pour ce faire, un diagnostic des attentes en matière d'habitat inclusif des personnes en situation de handicap prises en charge dans des établissements de santé mentale ou accompagnées par des établissements et services médico-sociaux sera établi. Des solutions adaptées seront alors progressivement élaborées. Elles reposeront sur la mobilisation des bailleurs sociaux, des aidants et des associations, et seront financées par recours à la prestation de compensation du handicap des habitants ainsi que par une aide couvrant les coûts de coordination et de régulation de la vie collective. Les habitants de ces logements continueront à être accompagnés par des

services médico-sociaux, dans une perspective de transition vers le logement autonome, selon leur libre choix..

## 2. Stratégie d'intervention

**Développer une offre d'habitat inclusif** : celle-ci doit être proposée aux patients chroniques stabilisés pris en charge au long cours dans des établissements spécialisés et aux personnes en situation de handicap le souhaitant et assortie d'une offre d'accompagnement et de services, de proposition d'adhésion à des Groupes d'entraide mutuelle, par la mobilisation en proximité des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur les territoires où les collectivités, les bailleurs et l'offre de soins (secteurs de psychiatrie notamment) ou médico-sociale) auront priorisé cette stratégie.

Le partenariat avec les MDPH et les services intégrés d'accueil et d'orientation sera déterminant pour mettre en œuvre le plan de relance des pensions de famille et des résidences accueil. Par ailleurs, des opérations de fongibilité de dotations sanitaires vers des dotations médico-sociales seront à conduire pour en assurer une part du financement.

**Intégrer les difficultés découlant de la souffrance psychique dans la gestion du parc de logements** : la souffrance psychique se manifestant dans certains ensembles d'habitat social doit être prévenue et accompagnée, les phases de crise nécessitant une mobilisation particulière d'acteurs. Pour ce faire, Il convient de renforcer de manière systématique les liens entre les bailleurs et les conseils locaux de santé mentale, et de renforcer les compétences des intervenants de premier niveau que sont notamment les gardiens d'immeubles.

Ces liens renforcés doivent aussi contribuer à prévenir les risques de perte de logement en cas d'hospitalisations longues de patients isolés.

**Réduire les sorties de maternité sans solution de logement ou d'hébergement**, par le renforcement et l'extension territoriale du dispositif d'accueil des femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement expérimenté en Seine-St-Denis (dans le cadre du projet RéMI) en mobilisant les services de l'Etat afin de prioriser ce public dans les orientations prononcées par les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), ainsi que par la conduite d'un plaidoyer en direction des bailleurs pour faciliter l'accès de ces familles au logement en sortie des dispositifs d'hébergement d'urgence

**Lutter contre l'habitat indigne** passe par l'amélioration du bâti, mais également par le suivi sanitaire et social des populations. Des dispositifs innovants et multi partenariaux tels que les ORCoD-IN (Opérations de Requalification des Copropriétés Dégradées d'Intérêt National) et l'appel à projet régional SULHI (Stratégie Urbaine de Lutte contre l'Habitat Indigne) sont déployés afin de résorber des problématiques d'habitat indigne observées à l'échelle de copropriétés ou de quartiers. Il est nécessaire de compléter ces dispositifs par l'accompagnement sanitaire et social des publics les plus fragiles qui peuvent vivre dans des conditions délétères pour leur santé. En effet, les formes d'atteinte à la santé liées à l'habitat peuvent prendre différentes formes : les situations de grand surpeuplement, l'exposition à des risques spécifiques comme le plomb, les copropriétés dégradées, etc. Ces expositions peuvent avoir des conséquences sanitaires. Qu'il s'agisse de pathologies allergiques et respiratoires, ou des cas de saturnisme infantile liés à la dégradation des peintures dans les logements anciens, ces pathologies ont un impact direct sur la santé physique, mentale et sur le bien-être social des habitants et en particuliers des jeunes enfants. L'accompagnement sanitaire et social doit en tant que de besoin se faire en lien avec les professionnels de santé, en passant par exemple par le développement des interventions des CMEI (Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur).



Le rapprochement avec les nouvelles intercommunalités devra permettre d'envisager de nouveaux modes de coopération et de donner une nouvelle envergure à la lutte contre l'habitat indigne.

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Dans des territoires à fortes populations d'origine immigrée, promouvoir l'intervention de médiateurs socio-sanitaires dans le champ de la périnatalité
- Soutien à l'habitat inclusif dans le cadre de la désinstitutionnalisation des personnes en situation de handicap psychique et soutien aux SAMSAH spécialisés ou intervenant dans des logements adaptés
- Améliorer la connaissance de l'habitat des personnes âgées dépendantes grâce au partenariat avec l'Agence National de l'Habitat et les collectivités locales
- Intégrer dans chaque projet territorial de santé mentale un volet « logement pour les personnes vivant avec un trouble psychique »
- Capitaliser les expériences réussies développées dans le cadre des CLSM sur l'amélioration de l'accès ou le maintien dans le logement
- Accélérer les procédures permettant l'aménagement de l'habitat en cas de perte d'autonomie, et le financement des aides humaines, matérielles et techniques (MDPH, APA, conférence des financeurs)
- S'appuyer sur les gérontechnologies pour faciliter la vie à domicile des personnes âgées dépendantes

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de l'habitat et du logement.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4), ainsi que des innovations émergeant dans le champ du renforcement de l'autonomie à domicile (projet 3-3).

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le troisième plan régional santé environnement et le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, ainsi que l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

### Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

## Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris

La dynamique d'aménagement du Grand Paris aura des effets indéniables sur la santé et le bien-être des Franciliens. Elle impactera les conditions de vie et sociales, l'accès aux soins et le cadre environnemental, en même temps qu'elle constitue une opportunité majeure de mieux inscrire la santé dans l'aménagement régional.

### 1. Finalité de l'action

L'ambition de l'Agence, dans le cadre de cette dynamique de projet, est d'œuvrer pour la réduction des inégalités sociales et territoriales et de porter une attention particulière, dans la mise en place des projets d'urbanisme, quant aux impacts différenciés, notamment sur les populations socio-économiquement fragiles qui subissent un état de santé moins bon et des cumuls d'inégalités (travail, accès aux services, rupture du lien social, exposition aux nuisances ; etc.). Cet objectif passerait par une implication des populations éloignées de la parole publique en lien avec l'axe 4 du PRS 2.

Cette action répond à trois spécificités propres à notre région :

- L'enjeu considérable que constituent les inégalités sociales et territoriales de santé en Île-de-France et leur structuration dans le fonctionnement urbain (ségrégation, enclavement et cumul d'inégalités) ;
- Les questions environnementales, et plus particulièrement la qualité de l'air, nécessitent également une vigilance en lien avec les modes de vie et l'organisation urbaine (1,6 millions de Franciliens exposés à des valeurs annuelles de NO<sub>2</sub> supérieures au seuil réglementaire<sup>17</sup>) ;
- Le Grand Paris (200km de métro ; 70 000 nouveaux logements par an ; projets de renouvellement, de développement économique et urbain, en lien avec les Jeux Olympiques et paralympiques de 2024) générera de nouvelles pressions démographiques, des enjeux de mobilité et de recomposition des bassins de vie et d'emplois, etc.

L'objectif est donc que les dynamiques d'aménagement urbain soient contributives à la réduction des écarts sociaux en santé et tiennent compte des besoins des populations impactées.

#### L'appel à manifestation d'intérêt « Santé Environnement et Aménagement durable »

Cet appel à manifestation d'intérêt a été lancé en février 2016 par la direction régionale Île-de-France de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et l'ARSIF. Il a pour objectif de sensibiliser et accompagner les collectivités et les aménageurs sur les grands enjeux de santé-environnement, et de les aider à bâtir un cadre urbain sain et agréable à vivre, conformément aux attentes et besoins des populations franciliennes. Au final, 6 projets ont été accompagnés méthodologiquement et financés dont notamment 4 évaluations des impacts sur la santé (EIS) et une expérimentation sur l'urbanisme favorable à la santé. Parmi ces projets, 3 secteurs d'aménagement sont situés dans la géographie du nouveau programme national de rénovation urbaine (NPNRU).

<sup>17</sup> Bilan 2015 de la qualité de l'air, Airparif.

## 2. Stratégie d'intervention

**Structurer une communauté de réflexion accueillant les professionnels de la santé publique et de l'aménagement du territoire autour d'un urbanisme favorable à l'équité en santé.** Cette communauté permettrait d'inscrire plus largement la santé et la réduction des inégalités de santé dans les actions des professionnels de l'aménagement et de la santé. La communauté prendra son sens autour de l'organisation d'événements annuels et des modalités de sensibilisation des étudiants en urbanisme, chercheurs, de formation continue auprès des professionnels.

Des interfaces seront notamment établies entre cette communauté, le collectif régional des ASV, les coordinateurs CLS, la communauté régionale santé environnement (action 1.3 du PRSE 3), etc. et au niveau réglementaire dans le cadre des avis rendus par les services de l'Etat sur les projets d'urbanisme.

**Promouvoir la santé au cœur des documents de planification territoriale en Île-de-France :** il s'agit de définir un cadre de travail interne, des mécanismes d'accompagnement des collectivités (évaluation de l'impact en santé, enrichissement des avis réglementaires, actions de sensibilisation, etc.) et de valorisation d'initiatives exemplaires pour inscrire plus largement la santé dans les futurs documents de planification urbaine qui seront mis en œuvre sur les territoires du Grand Paris. Cette action s'inscrit dans le processus instauré par les lois ALUR et NOTRe visant à la généralisation des plans locaux d'urbanisme intercommunaux en Île-de-France, à partir de 2019-20. Une implication de l'ARS dans l'élaboration du schéma de cohérence territoriale métropolitain permettra de préfigurer l'investissement plus conséquent ayant vocation à être mis en œuvre lors de l'élaboration de ces futurs plans.

**Mettre en place des passerelles entre actions de promotion de la santé, mobilisation des relais sociaux et aménagement urbain :** de nombreuses actions de promotion et d'éducation à la santé seraient d'autant plus efficaces et durables si elles étaient pensées en lien avec des projets d'aménagement et de programmation urbaine : c'est particulièrement le cas pour les actions de promotion de la santé dans le champ de l'activité physique, de l'alimentation saine et suffisante, et de la santé mentale.

En miroir, les projets d'aménagement urbain sont mieux appropriés par les populations quand celles-ci sont amenées à donner leur point de vue sur les impacts de ces projets en termes de bien-être, de conditions de vie et de santé.

Sur les cinq années du PRS, l'Agence généralisera des appels à projets dédiés ciblant des actions de promotion et d'éducation à la santé, dans le cadre ou la continuité de projets de renouvellement urbain ANRU 2. Une attention sera portée en particulier sur la question de l'appropriation différenciée des environnements de vie par les femmes, la co-construction avec les habitants et sur le développement de projets de promotion de la santé en lien avec les projets d'aménagement dans les territoires avec une forte prévalence de pathologies chroniques. Les champs de la nutrition et de la promotion de la santé mentale seront particulièrement valorisés.

En parallèle, la généralisation de pratiques visant à mêler démarche de promotion de la santé et démarche d'aménagement urbain devrait être portée en particulier dans le cadre :

- Des contrats de ville, de la gestion urbaine de proximité (GUP) des quartiers ANRU ;
- Des Contrats Locaux de Santé (CLS) et des CLSM ;

Ces démarches mixtes porteront également sur les conditions du cadre de vie quotidien (hygiène de proximité, espaces publics, etc...).

**Mobiliser des outils financiers et organisationnels pour anticiper et répondre aux besoins en termes d'offre dans les territoires franciliens en dynamique de projet urbain** : deux mécanismes urbains impliquent une attention particulière : la densification démographique liée aux projets sur certains territoires du Grand Paris ; et le renouvellement urbain, pour lequel la requalification des quartiers passe parfois par un retour d'une offre de soins : un travail d'anticipation et d'accompagnement est nécessaire, aussi bien sur la présence de professionnels libéraux, l'offre en établissements de santé, en établissements spécialisés, que l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées et handicapées. L'action s'appuiera notamment sur la mise en place conjointe entre ARS, collectivités, et pilotes des projets urbains, de programmes d'actions et de d'accompagnement financier dans le cadre des projets de renouvellement urbain en Île-de-France, ainsi que l'appui au déploiement de nouvelles actions améliorant l'inscription de l'offre de soin dans des territoires de projet, les quartiers de gare, notamment ceux du Grand Paris.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de l'urbanisme et de l'aménagement.

Ce projet est par ailleurs articulé avec l'ensemble des actions, démarches et outils visant à une meilleure intégration de la santé dans les projets d'aménagement (notamment déclinée dans le PRSE 3, autour de la structuration d'outils méthodologiques, démarches d'acculturation et de capitalisation des premières études emblématiques menées en Île-de-France), et est pensé en lien étroit avec l'axe 2 s'agissant de l'anticipation des besoins de santé, de leur connaissance fine et territorialisée et l'anticipation des évolutions démographiques et urbaines à venir.

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec l'action 1.3 du PRSE 3 visant la création d'une communauté régionale santé environnement ainsi qu'avec la convention signée avec l'ANRU et avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

## Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

### Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la Ville

Il s'agit de pouvoir s'appuyer sur une politique publique existante, globale et transversale, et de travailler à renforcer la prise en compte de la thématique santé dans toutes ses déclinaisons opérationnelles.

#### 1. Finalité de l'action

Les quartiers politiques de la ville sont les quartiers les plus frappés par avec les inégalités sociales et territoriales. Cibler ces quartiers et s'appuyer sur la politique de la ville permet d'optimiser l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Objectifs stratégiques et opérationnels : Le PRS doit pouvoir être un levier pour inciter les partenaires institutionnels à donner une place réelle à la santé dans la politique de la Ville. Les contrats de ville ont été signés pour la période 2015-2020. Aussi, notre PRS 2018-2022 aura-t-il vocation à pouvoir faire évoluer la démarche dans les prochains contrats de ville.

#### La politique de la Ville en Seine-Saint-Denis, précurseure en matière de santé

Dans le département de Seine-Saint-Denis, bon nombre de collectivités (intercommunalités et communes) ont intégré un volet opérationnel santé dans leurs contrats de ville, en reprenant bien souvent les axes de leurs CLS. On peut citer pour exemple, le contrat ville de Plaine Commune qui fixe un de ses objectifs prioritaires ainsi : « améliorer le niveau de santé de la population dans son ensemble en réduisant de moitié les écarts de santé entre le territoire et la région Île de France ». Cet objectif est alors décliné en différentes actions, telles que : développer l'accès aux soins sur le territoire ; accroître les dispositifs de lieux de prévention tout particulièrement dans les domaines suivants : santé mentale, addiction et conduite à risque ; permettre à chacun de vivre dans un environnement respectueux de sa santé (condition d'accès aux logements, niveaux de pollution sur le territoire....).

Devant le constat d'une hétérogénéité régionale dans la construction des contrats de ville et leur prise en compte des enjeux de santé, il s'est révélé important de pouvoir travailler à des solutions qui permettent une meilleure prise en compte de ces questions, de manière homogène, sur l'ensemble du territoire francilien.

#### 2. Stratégie d'intervention

**Intégrer un volet santé dans chaque contrat de ville** : il s'agit d'homogénéiser la prise en compte de la santé dans les contrats de ville, via la rédaction d'une documentation de cadrage, une animation territoriale entre les délégations départementales et les sous-préfectures et un dialogue renforcé avec les préfetures les plus concernées par le sujet.

**Sensibiliser les élus et les directions générales des collectivités aux démarches et dispositifs existants** : il s'agit de construire des outils de dialogue avec ces acteurs permettant à l'Agence, notamment aux délégations départementales, de diffuser les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé et de viser à ce qu'elles soient intégrées aux dispositifs portés par les collectivités.

**Renforcer la capacité d'intervention des démarches locales de santé** : il s'agit de pérenniser le réseau existant, notamment les coordonnateurs d'ASV et de CLS, en renforçant l'ingénierie et les formations disponibles et en s'engageant à long terme dans ces partenariats.

**Procéder à une estimation de l'impact sur la santé et l'accès aux soins des changements dans les politiques publiques**, et notamment toute diminution d'intervention publique dans les quartiers en Politique de la Ville, et identifier les réponses alternatives souhaitables.

**Favoriser le déploiement des CLSM dans les quartiers prioritaires politique de la ville** : il s'agit d'apporter des ressources à ce déploiement, pour en montrer la validité et l'intérêt et mieux les outiller (méthodologie ; culture partagée entre les professionnels de santé et les acteurs du social, du logement, etc. ; formation). Il s'agit de la mesure 55 du plan d'actions du Comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté.

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mieux coordonner les acteurs de la périnatalité, y compris dans les domaines sociaux, du logement, etc., et notamment dans les quartiers prioritaires politique de la ville, territoires où la précarité sociale est importante, et ce afin de réduire la morbi-mortalité et la mortalité infantile
- Travailler sur la question de l'accès des femmes à l'IVG sans attendre l'ouverture de leurs droits
- prendre en compte l'accessibilité des structures ambulatoires de santé mentale dans les projets de renouvellement urbain
- soutenir le meilleur accès des personnes vivant avec un trouble psychique aux équipements culturels et sportifs.

### 3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de la politique de la Ville.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4), notamment le projet relatif à l'information de proximité.

### 4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ainsi qu'avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

## Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

### Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante

Le projet de transformation vise à mobiliser les leviers des différentes politiques publiques, à l'échelle régionale et locale, pour créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et favoriser l'accessibilité à une alimentation saine et suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire<sup>18</sup>.

#### 1. Finalité de l'action

Les effets bénéfiques et la contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de l'état de santé ne sont plus à démontrer. Pourtant, beaucoup reste à faire pour promouvoir leur pratique. En Île-de-France, seul 14% de la population atteint les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. De surcroît, la pratique d'APS est fortement déterminée par le niveau de diplôme, les revenus, les catégories socioprofessionnelles mais aussi le lieu de résidence, l'accès à un environnement favorable (équipement, attractivité du territoire, etc.).

Malgré la surabondance d'aliments, l'insécurité alimentaire est une réalité qui touche 6,3% des personnes vivant dans l'agglomération parisienne<sup>19</sup>. Les conséquences peuvent être graves pour la santé et le bien-être tant physique que psychosocial des personnes : obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, malnutrition, détresse psychologique, isolement social. L'insécurité alimentaire ne concerne pas uniquement les personnes et les familles pauvres ou sans emploi, mais également des individus avec un emploi stable mais dont le salaire n'est pas suffisant pour faire face à leurs charges comme les ouvriers et les employés non-qualifiés, les personnes avec de faibles pensions de retraite, des familles monoparentales, par exemple. Ces dernières années, les organismes et associations doivent faire face, non seulement à l'augmentation continue de la demande, mais aussi à la diversification du profil des bénéficiaires et de leurs besoins. Par ailleurs, une large majorité des ménages contraints à des restrictions alimentaires demeurent en dehors de tout dispositif d'aide et reste invisibles aux yeux des institutions. Compte tenu du caractère plurifactoriel de la problématique, des efforts concertés entre différents acteurs doivent être déployés pour agir sur l'insécurité alimentaire.

Il s'agit donc dans le cadre de ce projet de mobiliser les acteurs de différentes politiques publiques, et en premier lieu les collectivités territoriales, afin de promouvoir et développer la pratique d'activités physiques et sportives comme facteur de santé (cet enjeu devra être fortement porté dans le contexte des jeux olympiques et paralympiques de 2024, qui peuvent constituer un levier majeur de facilitation de l'activité sportive inclusive) et de faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire.

---

<sup>18</sup> Le terme « insécurité alimentaire » est utilisé pour qualifier la situation des personnes qui n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine.

<sup>19</sup> *Les inégalités sociales et territoriales des pratiques alimentaires, de l'obésité et de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne en 2010*. Alisirs 2010

### Le plan régional sport santé bien-être

Depuis 2012, la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la pratique des APS est un socle commun d'intervention entre l'ARS et la DRJSCS. Cette démarche est consolidée en 2017 par le lancement pour 3 ans du Plan régional sport-santé bien-être d'Île-de-France, un plan d'actions pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé et du sport en Île-de-France. Ce plan s'inscrit dans deux logiques fondamentales, l'une consiste à intervenir systématiquement en amont des maladies, des complications et de l'incapacité et l'autre, vise à inscrire la démarche dans des contextes territoriaux, sociaux, populationnels. Il vise à :

1 Développer le recours à l'offre médico sportive régionale en recensant les structures du secteur sportif, les inciter à participer à la démarche et réaliser une campagne de communication régionale à destination des professionnels de santé. L'enjeu essentiel est de ne pas aggraver les inégalités avec une prescription médicalisée mais non remboursée. Il conviendra d'associer les médecins libéraux, « orientateurs » vers le milieu sportif, à la définition de la stratégie régionale.

2 Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport à leurs problématiques respectives.

3 Favoriser le développement de parcours d'activité physique - santé. Il s'agira d'appliquer un cadre de pratique sécurisé tout au long du parcours, de renforcer les interactions entre les acteurs d'autres politiques publiques afin de pérenniser les parcours d'activité physique - santé, de favoriser la pratique de l'activité physique au quotidien en interaction avec son environnement de vie, enfin, d'organiser via un carnet de suivi les transitions entre la pratique d'une activité physique adaptée à l'hôpital et les clubs référencés ou certifiés « Prescri'forme ».

## 2. Stratégie d'intervention

**Faciliter l'accès des publics en difficulté sociale à la pratique d'activité physique quotidienne et d'activité sportive encadrée** : cela nécessite des actions de proximité prenant en compte les freins à l'accès : garde d'enfants, fragmentation des temps de travail, accessibilité aux équipements, offre d'activité physique familiale, etc. Il s'agit de structurer une offre en s'appuyant sur les structures recevant ces publics (PMI, planning familial, centres sociaux, régies de quartier, structures d'aide alimentaire, associations de médiation sociale, etc...) et les collectivités locales, notamment celles en CLS et politique de la Ville. Il s'agit également de lutter contre les représentations sociales qui éloignent certains groupes de femmes de la pratique de l'activité physique.

**S'assurer que l'offre d'activité physique adaptée destinée aux patients en affection longue durée (ALD), atteints d'obésité ou d'hypertension, soit accessible à toutes les catégories sociales** : le Plan régional sport santé bien-être (2017 – 2019) a notamment pour objectif d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapie non médicamenteuse et d'en développer la recommandation par les professionnels de santé, sans aggraver les inégalités s'agissant d'une prescription médicalisée mais non remboursée. Il s'agit aussi de mener des actions de facilitation de l'activité physique des femmes, par une communication en direction des femmes elles-mêmes (stratégies d'exemplarité) mais aussi en direction des hommes, pour lutter contre les représentations sexistes freinant la pratique féminine de l'activité physique



**Améliorer l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire** : les bénéficiaires de l'aide alimentaire ne représentent que la partie la plus visible des personnes en insécurité alimentaire. On estime qu'environ 3 à 4 fois plus de personnes seraient concernées par ce phénomène. Plusieurs causes de non-recours aux aides ont déjà été identifiées : difficultés de repérage des ménages en insécurité alimentaire, défaut de coordination au niveau local, méconnaissance de l'offre, absence ou inadaptation de l'offre, critères d'accès à l'aide alimentaire trop restrictifs, difficultés d'accès à l'offre (psychologique, physique, géographique, etc.). Pour améliorer l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire l'Agence mettra à disposition des acteurs intervenant auprès des publics en difficulté des outils pour améliorer le repérage et l'orientation des ménages en insécurité alimentaire.

**Développer des stratégies alternatives à l'aide alimentaire** : en complément des actions d'amélioration de l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire, les acteurs publics, dont l'ARS et ses partenaires peuvent contribuer à la réduction de l'insécurité alimentaire en agissant sur le renforcement des compétences individuelles (gestion du budget, planification des repas et des achats, préparation et conservation des aliments, etc.) et en améliorant la disponibilité, la proximité et l'accès économique aux aliments (développement de l'agriculture de proximité au profit des ménages en insécurité alimentaire, circuits courts et groupes d'achat collectifs pour améliorer l'accès aux aliments frais et augmenter le pouvoir d'achat, etc.).

**Inscrire l'insécurité alimentaire à l'agenda politique** : bien qu'il soit indispensable de répondre aux situations d'urgence, ces actions ne permettent pas d'agir sur les causes de l'insécurité alimentaire. Aussi, l'Agence souhaite influencer directement ou indirectement les parties prenantes afin qu'elles soutiennent et mettent en œuvre des actions contribuant à prévenir l'insécurité alimentaire. La stratégie de plaidoyer impliquera, entre autre, la mise à disposition de données pour illustrer les causes profondes et l'ampleur de la problématique, la sensibilisation des parties prenantes, la mobilisation de la société civile et l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes.

**Plaidoyer pour garantir le droit d'accès à la restauration scolaire pour tous** : la restauration scolaire occupe une place importante dans l'alimentation et le quotidien des élèves, notamment pour ceux issus de familles défavorisées. En effet, le repas de midi représente, pour certains, le seul repas complet et équilibré de la journée. Or, les données de fréquentation de la restauration scolaire en France montrent de fortes disparités selon le contexte social et familial des élèves. L'Agence souhaite s'engager dans un plaidoyer auprès des collectivités territoriales pour réduire les inégalités d'accès à la restauration scolaire.

#### Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Intégrer l'activité physique adaptée dans l'offre en soins de support pour les patients souffrant de perte d'autonomie ou de maladies chroniques
- Poursuivre la politique de développement de l'activité physique adaptée en EHPAD, en mobilisant la filière STAPS, dans le cadre de la démarche qualité en lien avec la nutrition et la prévention des chutes
- S'appuyer sur la conférence des financeurs pour faciliter la transition de la prévention collective vers la prévention individuelle dans tous les domaines dont l'activité physique
- Inciter à l'intégration d'éducateurs activité physique adaptée (APA) dans les équipes de soins somatiques et psychiques
- Inscrire le sport en milieu ordinaires dans les dispositifs contractuels, notamment les CLSM
- Développer un plaidoyer pour l'accès social à la restauration collective des collégiens
- Agir avec les collectivités locales pour des circuits courts en faveur d'une alimentation suffisante et de qualité pour les groupes sociaux les moins favorisés

### **3. Liens avec d'autres éléments du PRS**

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'activité physique et sportive, de la nutrition, et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de ce projet.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4). Enfin l'activité physique adaptée et les enjeux liés à la nutrition constituent un enjeu essentiel de l'accompagnement thérapeutique de proximité (projet 1-5).

### **4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux**

Ce projet est en lien avec la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et avec le plan régional sport santé bien-être, ainsi qu'avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

## DEUXIEME PARTIE : PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

## Programme n° 1 : transformation territoriale des organisations de santé

Les objectifs fixés par le PRS 2 supposent le plus souvent d'activer un certain nombre de leviers (ressources humaines, budgétaires, juridiques...) au nombre desquels figurent une nouvelle approche de la territorialisation des organisations de santé, autour de dynamiques endogènes suscitées par les professionnels et acteurs de terrain.

Ainsi, des sujets tel que le déploiement des SI territoriaux, y compris la télémédecine ou encore le décloisonnement ville-hôpital autour des leviers du parcours, de la pertinence ou de l'amélioration des pratiques professionnelles ont vocation à être portés et déployés par des dynamiques territoriales proposées par les acteurs territoriaux représentant les secteurs sanitaires et médico-sociaux .

A ce titre, la transformation territoriale des organisations fait l'objet d'un programme de mise en œuvre 2 et aura à répondre aux enjeux suivants :

- D'améliorer la qualité et la pertinence des soins et des prestations délivrés à la population
- D'accompagner l'évolution structurelle de notre système de santé vers une approche centrée sur l'utilisateur, son domicile ou son lieu de vie
- De garantir la soutenabilité financière de notre système par la maîtrise dynamique des dépenses, l'efficience des dispositifs, l'optimisation des ressources et des moyens

Ainsi, en lien avec les partenaires, en déployant les leviers nationaux ou proposés par les acteurs, et les méthodes et outils visant à transformer les organisations, il s'agira d'une part de contribuer à rendre opérationnels les objectifs du PRS, mais aussi de permettre à chaque projet d'intégrer le potentiel territorial.

Dans ce contexte, deux principes d'intervention seront déclinés afin d'accompagner la mise en œuvre de du PRS :

### **Principe 1 : Proposer une convergence de l'ensemble des actions inscrites dans le programme d'intervention vers des logiques territoriales partagées**

#### 1.1 une logique de transformation au plus près des dynamiques des territoires

- Un décloisonnement ville-hôpital-médico-social
- Une optimisation de la coopération et coordination entre professionnels
- Une amélioration de la pertinence des prises en charge (prévention des hospitalisations évitables, adéquation des modalités des prises en charge...)
- Un égal accès à l'ensemble des étapes d'un parcours de santé
- Un déploiement des innovations organisationnelles

#### 1.2 Mobiliser les ressources de l'ARS au service de projets territoriaux

#### Consolider l'animation territoriale :

- Proposer une organisation permettant de repérer les projets émergents ou susciter l'émergence de projets répondants au mieux aux orientations stratégiques de l'ARS Île-de-France, en s'appuyant en premier lieu sur les délégations départementales.
- Pour les initiatives ciblées, il s'agira alors de proposer une structure permettant, en fonction du niveau de maturité des initiatives, de caractériser ou qualifier les projets. Une implication plus en amont induit également une capacité à proposer un soutien le plus approprié, d'une part, et, d'autre part, poser les termes des futures évaluations.

- Une fois les projets identifiés, qualifiés, mis en œuvre et évalués, l'enjeu de la reproductivité devra trouver un écho dans les logiques d'intervention proposées.

#### Renforcer les capacités à la conduite du changement :

- la mise à disposition d'une boîte à outils conduite de projet/ programme
- Proposition de stratégie d'accompagnement (communautés de pratiques / d'acteurs ou projet « phare »)

### **Principe 2 Ancrer les dynamiques territoriales dans l'ensemble des projets et stratégie repérés**

2.1 Accompagner la mise en place de coalition d'acteurs au sein des dynamiques territoriales, à l'échelle des territoires :

Appuyer les visions et leaderships partagés

Favoriser la transversalité et le développement des capacités organisationnelles autour de « projets de santé » non exhaustifs mais qui seront le support de l'apprentissage d'un fonctionnement collectif

S'appuyer sur l'intégration et la simplification des dispositifs d'appui existants

Renforcer la visibilité et la lisibilité des chantiers prioritaires et des outils dédiés à l'émergence et au soutien des projets. A titre d'exemple, cela pourrait se traduire par une meilleure communication sur les enjeux et les étapes clés des appels à projets.

Orienter résolument les principaux outils de contractualisation de l'Agence (CLS et CLSM, PTSM, CPOM sanitaires et médico-sociaux notamment) dans le sens d'une territorialisation accrue des objectifs des acteurs, autour des parcours et de la promotion de la santé.

2.2 L'impact des SI dans la transformation territoriale des organisations

En s'appuyant sur le levier offert par le projet « e-parcours », l'ars offre aux acteurs une première brique permettant d'élaborer des modalités de travail conjointes en capitalisant sur les outils existants et en faisant évoluer le bouquet de services régional selon les besoins et usages identifiés par les acteurs :

- Déploiement de SI partagés permettant les prises en charge de proximité
- Stratégies de repérage et de prise en charge précoces
- Accompagnement thérapeutique de proximité
- Dispositifs territoriaux d'appui aux parcours complexes
- Expérimentations de modalités de financement innovant là où c'est pertinent

2.3 Faire évoluer les structures d'expertise, d'appui ou de prise en charge spécialisées

De nombreuses structures, mises en place et financées pour fournir aux professionnels un appui à leur projet : réseaux régionaux, filières, structures membres du réseau régional d'expertise, de vigilance et d'appui, etc. Il existe également des maillages de structures spécialisées dont les missions mêlent prévention, expertise et prise en charge de proximité (permanences d'accès aux soins, structures de prise en charge des addictologies, CÉGIDD, COREVIH, etc.)

L'action de l'ensemble de ces structures doit être réorientée vers un soutien aux dynamiques territoriales, sous forme de capacité d'animation et de pilotage de projets d'une part, d'apport d'expertise et d'insertion dans les parcours de santé d'autre part.

## Programme n° 2 : ressources humaines en santé

Il n'y a pas de système de santé sans professionnels de santé formés en nombre et en qualité. Or la région Île-de-France n'est pas épargnée par les problématiques de démographie des professionnels de santé, à la fois en nombre par rapport à la population à couvrir mais également en termes de répartition, sans oublier les conditions de travail qui sont largement tributaires des conditions de vie et de logement des professionnels de santé. A ce titre, le programme de mise en œuvre du PRS dédié aux ressources humaines en santé apparaît comme une composante à part entière de la stratégie de l'ARS Île-de-France pour les années à venir.

Ainsi peut-on rappeler ici les principaux constats auxquels nous devons apporter des éléments de réponse dans le cadre du présent PRS :

- La région Île-de-France est la première région de France métropolitaine touchée par les difficultés d'accès à un médecin généraliste : 37% de la population francilienne est en effet située dans une « zone d'intervention prioritaire », soit plus de 4,5 millions d'habitants, ce qui fait de la région Île-de-France le premier « désert médical » français quand on rapporte le nombre de médecins généralistes au volume de population à prendre en charge
- Une très forte hétérogénéité dans la répartition des professionnels de santé, au sein de Paris intra-muros, au sein des trois départements de petite couronne, au sein de la grande couronne. On constate une très forte inégalité dans l'installation des professionnels de santé.
- Un dispositif de formation très riche mais qu'il convient de coordonner et de renforcer pour conserver son excellence et son attractivité
- Des conditions de travail de plus en plus difficiles, aussi bien en établissement de santé qu'en exercice libéral, qu'il convient de prendre en compte, qui sont renforcées notamment en petite couronne par les surcoûts d'exercice liés à la cherté de la région.
- Des métiers qui sont engagés dans une profonde évolution, liée aux changements de mode de prise en charge et au renforcement des compétences de la plupart des professionnels, et dont l'essentiel est devant nous.
- Un impact sur les dispositifs de type PMI, santé scolaire ou santé au travail qui interagit fortement avec à la fois l'offre de prise en charge et l'effectivité des actions de prévention

Dans ce contexte, en lien étroit avec l'ensemble des institutions et partenaires concernés, et dans le cadre du plan national d'accès territorial aux soins, l'ARS Île-de-France souhaite élaborer un véritable schéma régional des ressources humaines en santé d'Île-de-France, élaboré avec ses principaux partenaires et en premier lieu les universités et le Conseil régional, structuré autour de plusieurs grands axes présentés ci-dessous.

### **Principe 1 : développer et partager les outils d'une véritable analyse démographique ainsi qu'une vision globale et prospective dans le champ des ressources humaines en santé**

L'objectif est de pouvoir disposer d'une analyse fine de la situation existante concernant les différents professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, ainsi que de projections démographiques à partager avec l'ensemble des partenaires concernés dans la région. Cela apparaît en effet comme un préalable indispensable à la mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à l'échelle de la région mais également des territoires de coordination.

### **Principe 2 : veiller à ce que la formation des personnels médicaux et paramédicaux soit en cohérence avec les besoins de santé des Franciliens**

L'objectif est de pouvoir qualifier des professionnels en nombre suffisant, avec des compétences adéquates, pour répondre aux besoins de santé de la population francilienne et aptes à s'adapter aux évolutions des prises en charge et des modes d'exercice.

Cela passe par une analyse quantitative des besoins en professionnels de santé pour la région, mais également par une approche qualitative sur les contenus de formation. Une meilleure réponse aux besoins de santé identifiés dans la région passe ainsi par exemple par un renforcement de l'offre de formation en médecine générale ou encore par un rééquilibrage entre les territoires dès la formation initiale (internat, Contrats d'engagement de service public, assistants partagés...). L'intégration de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences (coordination et fonctionnement en parcours, intégration des enjeux sociaux, des technologies numériques, réflexion sur la relation soignant-soigné, sur la santé communautaire...) et la création de nouveaux métiers (infirmiers de coordination, infirmiers cliniciens, pratiques avancées...) sont de véritables enjeux à intégrer.

Le déploiement des expérimentations en cours depuis quelques années (infirmiers de coordination, infirmiers cliniciens, pratiques avancées...) est un véritable enjeu à intégrer de même que le développement des nouveaux métiers de la coordination (gestionnaire de cas, infirmiers, cadres de santé, secrétaires...)

Il s'agira également d'accompagner la réorganisation de l'offre de formation à l'échelle des territoires, déjà engagée au travers de la mise en place des GHT notamment.

Enfin la mise en place du service sanitaire des étudiants en santé doit être l'occasion à la fois d'une appropriation précoce des enjeux de prévention que les professionnels auront, à l'avenir, à porter, et d'une démarche pluriprofessionnelle permettant de faciliter le travail collaboratif. La mise en place du service sanitaire des étudiants en santé constitue en Île-de-France une opportunité majeure pour développer chez les futurs professionnels de santé non seulement une culture de la prévention et de la promotion de la santé, mais aussi une capacité d'adaptation plus importante aux besoins spécifiques des groupes sociaux et des territoires. C'est pourquoi l'ARS doit mobiliser les différents partenaires engagés dans ce projet avec un haut niveau d'exigence méthodologique.

L'ensemble de ces actions seront menées en étroite collaboration avec les partenaires institutionnels de l'Agence, et notamment l'Université et la Région Île-de-France (cf. schéma régional des professions paramédicales).

### **Principe 3 : inciter les professionnels de santé à exercer dans les territoires les plus déficitaires de la région, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins**

En cohérence avec le plan national d'accès aux soins, l'ARS Île-de-France souhaite continuer à proposer aux professionnels de santé des dispositifs favorisant l'installation dans les zones déficitaires de la région. Cela est vrai aussi bien pour l'installation des professionnels en ville, au travers du soutien accordé à la filière Médecine générale, des dispositifs tels que les contrats d'engagement de service public (CESP) ou les assistants universitaires de médecine générale (AUMG), mais également en établissement de santé (primes d'engagement dans la carrière hospitalière, primes d'exercice territorial, dispositif d'assistants spécialistes partagés, postes de cliniciens hospitaliers...). Un travail partenarial doit également permettre d'améliorer la situation dans les secteurs de la PMI, de la santé scolaire, voire des autres dispositifs publics.

Cela passe par un maintien de la mobilisation financière de l'Agence sur ces sujets et par une meilleure communication sur les différents dispositifs existants. Par ailleurs la recherche de démarches innovantes pour faciliter l'implantation de professionnels de tous exercice devra se mener en collaboration étroite avec les collectivités locales, en particulier dans le champ de la protection maternelle et infantile qui relève de la compétence des conseils départementaux.

**Principe 4 : accompagner les professionnels de santé en exercice afin de les fidéliser dans la région et sur leurs métiers**

L'ARS Île-de-France est fortement mobilisée pour améliorer les conditions de travail et développer le bien-être au travail des professionnels de santé de la région. Elle soutient à ce titre un certain nombre d'actions d'accompagnement des établissements de santé financées par le FIR et a mis en place pour les médecins hospitaliers un dispositif de conciliation et de médiation sous l'égide de la Commission Régionale Paritaire.

Elle souhaite par ailleurs continuer à plaider auprès de ses partenaires institutionnels pour une meilleure prise en compte des sujets de conditions de vie et de transport des professionnels de santé, ainsi que celles de cherté de la vie et de l'installation, dans l'élaboration des politiques publiques.



## Programme n° 3 : allocation de ressources en santé

Les dépenses publiques de santé relevant de l'état financier régional obligatoire représentaient en 2016 35,3 Md€, soit 17,4% des dépenses nationales (19,3% pour les établissements de santé, mais 14,2% pour le médico-social, traduisant le rôle de recours de la région et la structure différente des besoins de santé, ainsi qu'une sous-dotation historique s'agissant du médico-social). Parmi ces dépenses, 8,1 Milliards d'euros (Md€) relèvent de dotations attribuées, avec des marges de manœuvre très diverses, par l'Agence régionale de santé. Ce programme vise deux objectifs principaux :

- Rendre la politique d'allocation de ressources plus transparente et plus cohérente avec les objectifs stratégiques ;
- Améliorer les processus d'allocation afin de pouvoir financer projets et priorités dans un contexte économique et budgétaire contraint.

Les travaux d'élaboration du PRS permettent de chiffrer l'ampleur de la marge de manœuvre à mobiliser à environ 300 millions d'euros (M€), notamment en vue de mettre en œuvre le programme de développement de solutions destinées aux personnes handicapées. Cet effort apparaît atteignable dans la durée. Il est en partie conditionné à une action résolue de rééquilibrage des ressources dans le domaine médico-social, au profit de la région Île-de-France historiquement sous-dotée.

### **Principe 1 : Créer les conditions permettant de restituer la politique de l'Agence dans sa globalité aux travers des moyens financiers**

Le premier aspect essentiel du programme est de parvenir à une mise en forme, cohérente du point de vue de la programmation financière, des crédits d'intervention de l'Agence non plus en fonction des de la nature juridique ou du type de destinataire des enveloppes (MIGAC/DAF/OGD/FIR...), mais en fonction de l'apport de ces dernières à la stratégie de santé telle qu'elle est définie à travers les projets du PRS 2.

Cette volonté se traduira par l'identification et la programmation pluriannuelle des crédits en fonction des priorités du projet régional de santé et la mise en œuvre d'outils et méthodes d'aide à la décision pour l'arbitrage des nouvelles actions. Cette programmation pluriannuelle fera l'objet d'un suivi en même temps que la mise en œuvre du PRS.

Le programme de mise en œuvre est lancé depuis une année, sur la base d'une collaboration accrue et plus transparente entre services de l'Agence. Sa première réalisation concrète a été de créer une table de correspondance entre les projets du PRS et les nomenclatures budgétaires et comptables. Cette table de correspondance permettra d'assurer un suivi financier cohérent avec la stratégie.

Ce groupe de travail a permis également de mettre en place une nouvelle méthodologie d'arbitrage des projets financés par l'enveloppe FIR et d'abondement par fongibilité de cette enveloppe de manière à ce que l'assiette de crédits soit plus importante que celle déléguée par le niveau national.

Ces principes et méthodes de travail contribueront sur la durée du PRS à :

- Promouvoir un pilotage financier annuel et pluriannuel sur des bases partagées
- La restitution de l'usage des moyens financiers cohérente au regard de la politique de l'Agence dans sa globalité
- L'élaboration et le pilotage du plan de mise en œuvre du PRS (sur 5 ans)

### **Principe 2 : Mieux mobiliser la fongibilité**

Le second aspect du programme de mise en œuvre est l'explicitation de la stratégie de l'Agence consistant à renforcer la fongibilité des différentes enveloppes, aujourd'hui étanches en fonction du « métier » dont elles relèvent ou de leur nature juridique.

A cet égard, formaliser des cibles à moyen terme de niveau de fongibilité, un processus et un calendrier d'élaboration ainsi que des critères de sélection des projets retenus dans ce cadre de gestion financière transverse à l'Agence semble essentiel. Sur certains aspects, ce cadre devra être partagé avec l'assurance maladie et le ministère chargé de la santé, notamment pour ce qui concerne la fongibilité entre enveloppes fermées et financement « sur le risque », c'est-à-dire à l'activité. Ce dialogue est indispensable pour, par exemple, améliorer le pilotage des dépenses de médicaments, de transport ou de soins paramédicaux pour les résidents d'EHPAD. En sens inverse, il peut être justifié d'ouvrir certains financements à l'activité en contrepartie de réductions de capacités de structures financées par dotation.

Des critères de révision régulière des engagements de l'Agence au vu des résultats attendus, au-delà des seuls aspects juridiques, pourraient également être envisagés.

Par ailleurs, sur certains sujets clefs du PRS (SI médico-sociaux, dispositifs de prévention collective et notamment PMI), une programmation financière conjointe avec les collectivités territoriales concernées doit être recherchée.

Tout ceci oriente fortement vers l'enjeu d'une gestion pluriannuelle des enveloppes, particulièrement celles qui sont identifiées à tort ou à raison comme offrant des marges de manœuvre (aides en trésorerie en particulier).

### **Principe 3 : optimiser l'allocation des ressources**

Il s'agit, afin de dégager des marges de manœuvre, de mettre en place des processus et des outils permettant de réévaluer la pertinence et l'efficacité de la dépense. Le pilotage de certaines enveloppes pourra ainsi évoluer, les dépenses qui n'apparaissent pas cohérentes avec la stratégie et les priorités régionales pourraient être réévaluées et les crédits dès lors dégagés réattribués à de nouvelles actions.

### **Principe 4 : Mettre en œuvre le cadre d'expérimentation de financements favorisant la qualité des parcours**

Le troisième aspect du programme « Allocation de ressources » repose sur l'expérimentation des modalités de financement permettant de limiter les ruptures de parcours, comme le prévoit l'axe 1 (cf. p. 26).

L'objectif est de conduire, sur la durée du PRS, dix expérimentations évaluées positivement, cohérentes avec les priorités du PRS et de préférence construites ou co-construites par des acteurs de terrain. Cet enjeu sera intégré dans le dispositif de suscitation et de repérage des innovations puisque des financements expérimentaux pourront constituer un des outils proposés pour aider à la mise en place des innovations.

## Programme n° 4 : production et traitement de données de santé

Le numérique en santé est appelé à prendre une place de plus en plus importante sur la durée du PRS, à la fois du fait de la demande sociale d'outils plus modernes et du besoin accru de communication entre professionnels, et du fait des très nombreuses innovations portées par le monde industriel. Les enjeux d'accès et de traitement aux données générées par les systèmes d'information en santé sont également de plus en plus prégnants.

Ce mouvement doit être accompagné pour maximiser son efficacité et éviter des effets pervers. Notamment, certains effets pervers pourraient être générés par l'inégal accès aux services numériques pour des motifs très variés (accès aux infrastructures de transport de données ou aux terminaux, handicap visuel, moteur ou cognitif, ou le plurilinguisme), ce qui justifie l'objectif d'un « numérique inclusif en santé ». Cet accompagnement se fera à travers quatre principes.

### Principe 1 : déployer les services numériques dans le cadre du projet « E-Parcours »

L'ARS Île-de-France s'est engagée, avec l'ensemble des partenaires de la région, dans un vaste programme de construction et de déploiement de services numériques visant à favoriser la coopération et la coordination entre professionnels et entre professionnels et patients/usagers.

Ce programme « e-Parcours » accompagne une profonde mutation de l'organisation de la prise en charge du parcours patient y incluant des dispositifs d'appui à la coordination, facteur de réussite du projet, pour lesquels le programme prévoit la mise à disposition d'outils numériques dédiés.

L'ambition est d'offrir à tout professionnel et tout usager nécessitant une prise en charge coordonnée un espace régional unique sécurisé qui lui permette d'accéder aux informations et services utiles pour cette coordination :

- Les informations du patient ;
- Les services de communication inter-professionnels et entre usagers et professionnels ;
- Les référentiels / protocoles et bonnes pratiques métiers.

Ce programme inclut naturellement les services numériques nationaux tels que le dossier médical personnel, la messagerie sécurisée ou encore le dossier pharmaceutique.

### Un premier socle de services

L'expérimentation nationale « Territoires de Soins Numériques » (TSN), déclinée en Ile de France via le projet Terr-eSanté qui s'est déroulé sur le Nord-Ouest du département du Val de Marne, a permis de construire un premier socle de services indispensables. Ce premier socle de services d'échange et de partage d'informations médicales et sociales est composé des services numériques suivants :

1. services de partage d'information pour la prise en charge coordonnée d'un usager/patient (dossier de coordination, évaluations, compte-rendu de consultation, d'examen de biologie et d'hospitalisation, partage de l'image, volet de synthèse médicale, messagerie sécurisée...);
2. services relatifs à l'organisation (connaissance et recherche d'une offre en santé, cercle de soins, plan de prise en charge, rendez-vous en ligne, aide à l'orientation, signalement, télé-médecine...);
3. services référentiels (protocoles, bonnes pratiques, support d'évaluations, accès à des bases de données, bases de connaissance, ...);

4. services de base (référentiel de l'offre géo localisée, authentification/identification des usagers et des professionnels, hébergement, traçabilité...);
5. services d'interopérabilité (modalités d'accès et d'intégration des services numériques dans les outils métiers).

#### Les services nationaux

A ces services construits régionalement, viennent s'ajouter, de manière transparente, l'accès au dossier médical personnel (accessible depuis l'environnement régional), la messagerie sécurisée (utilisable directement par les professionnels depuis leur poste de travail et selon les cas directement intégrée à leurs propres logiciels), la prescription/ dispensation électronique.

Pour un professionnel ou un usager, le dossier médical personnel et le dossier de coordination forment ainsi un espace unique de partage d'information. Il est à noter que ces informations ne sont partageables qu'après consentement express du patient.

#### Un enrichissement permanent des services

Le socle de services présenté supra vise à être enrichi. Ainsi, toute nouvelle offre de service numérique, quel que soit le vecteur par lequel elle se réalise, devra s'adosser à ce socle de services.

En effet, il est important que l'espace unique sécurisé reste cohérent et indissociable. Le risque majeur serait de laisser se développer des services construits de manière désordonnée, qui rendrait illisible cet espace numérique. Tout professionnel ou tout usager doit avoir le réflexe du point d'entrée numérique santé unique. Ce point d'entrée lui permet de naviguer en toute sécurité et de bénéficier d'une offre de services qualifiés.

La télémédecine ne doit pas échapper à ce cadre de cohérence. Après une phase d'expérimentation, la téléconsultation et la télé-expertise vont entrer dans le droit commun. Nombre de solutions vont voir le jour et les professionnels, comme les usagers vont pouvoir accéder à ce service assez facilement. Le déploiement de cette activité devra s'inscrire dans les projets territoriaux associés au programme e-Parcours afin que les professionnels et les usagers inscrivent cette activité dans le champ de l'espace numérique.

La télésurveillance reste quant à elle au stade expérimental. Le volet organisationnel reste à inventer. Cette activité devra s'inscrire également dans les projets territoriaux du programme e-Parcours en s'adossant notamment aux dispositifs d'appui territoriaux.

#### Les facteurs de succès

- une gouvernance territoriale

Le numérique prend tout son sens dans une organisation définie. Chacun doit pouvoir déterminer quand, avec quel service, pour quoi faire, au bénéfice de quel(s) acteur(s), il peut accéder ou bien échanger une information. Ceci ne peut se faire que si l'ensemble des intervenants d'une prise en charge connaît son rôle dans l'organisation générale.

La gouvernance territoriale a vocation à faire en sorte que cette organisation soit connue et reconnue par tous. Ainsi, le numérique prendra sa place car son usage aura été préalablement déterminé.

Parallèlement au déploiement numérique, les dispositifs d'appui territoriaux vont se mettre en place. Ces dispositifs Ils devraient contribuer favorablement au développement de l'usage du numérique.

- une garantie technique et une interopérabilité forte

L'accès à ces services numériques par les professionnels doit être facilité. Ainsi, un des objectifs principaux du projet Terr-eSanté a été de définir les modalités d'intégration de ces services dans les outils des professionnels de santé :

- Accès transparent à partir des outils des professionnels
- Alimentation automatique à partir des SI des établissements et des laboratoires de biologie
- Gestion des notifications

Pour atteindre cet objectif un travail a été réalisé avec différents éditeurs de solutions logicielles avec l'appui de l'Asip santé qui définit les normes d'interopérabilité au niveau national. Ce travail a permis de valider également des modalités d'intégration des outils des professionnels de santé à la plate-forme numérique régionale et les réaliser techniquement. A émergé de ce travail un cadre technique qui peut désormais être mis à disposition des éditeurs pour réaliser cette intégration.

- Une démarche de déploiement collective

Le numérique va générer des changements de pratiques. Toutefois, ces changements ne pourront s'opérer que si collectivement l'ensemble des professionnels s'inscrivent dans cette démarche.

L'enjeu est donc ici d'arriver à sensibiliser l'ensemble des professionnels d'un territoire les informer les former et les accompagner, dans cette démarche de changement.

Cet accompagnement doit s'organiser collectivement si l'on veut que la dynamique s'enclenche. Chaque professionnel aura son rôle à jouer pour favoriser ces nouveaux usages numériques dans le quotidien.

- Le GCS Sesan, garant opérationnel de la cohérence globale du SI et de son urbanisation

Le GCS Sesan assure pour le compte de l'ARS la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du système d'information régional et à ce titre est garante de son urbanisation. Elle assure chaque fois que nécessaire l'accompagnement au déploiement de leur usage. Le GCS sera ainsi mobilisé auprès des professionnels des territoires pour participer à ce déploiement.

#### Les pré-requis d'équipements indispensables

Un constat partagé par tous est la diversité et parfois l'obsolescence voire l'absence de solutions logicielles dont sont dotés les professionnels et les établissements, en particulier médico-sociaux.

Or, la mise à disposition des Professionnels de santé et médico-sociaux d'outils locaux performants intégrés à la plate-forme numérique régionale constitue naturellement un pré-requis à la réalisation de ce projet

Le déploiement des services numériques implique donc nécessairement la mise en œuvre d'actions visant à renforcer l'équipement des structures et des professionnels et notamment des professionnels du premier recours et du secteur médico-social.

Par ailleurs, afin de garantir un égal accès à tous, une action conjointe sera menée avec la région et les départements pour favoriser le déploiement du très haut débit.

Indicateurs de résultats : l'objectif est de faire adhérer 50% des professionnels à l'usage du numérique à horizon de 5 ans.

### Principe 2 : renforcer la sécurité des systèmes d'information

Les enjeux de la sécurité des systèmes d'information de santé sont multiples : garantir l'intégrité des données de santé, assurer la disponibilité des services et des informations médicales, protéger la confidentialité des informations sensibles et assurer la traçabilité des actions.

La sécurité des Systèmes d'Information s'est d'abord focalisée sur l'accompagnement des établissements de santé dans le cadre de la certification des comptes en mettant à leur disposition des Responsables de la Sécurité des SI. Avec l'obligation pour les structures de santé de disposer d'un DPO (Data Protection Officer, successeur du CIL) d'ici mai 2018<sup>20</sup>, une nouvelle mission d'accompagnement similaire à celle relative aux RSSI est désormais proposée par le GCS SESAN à ses adhérents. Par ailleurs, une réflexion est engagée pour proposer une offre de service d'accompagnement au-delà des structures sanitaires, notamment pour les structures médico-sociales ou les professionnels de santé libéraux.

L'offre de services numériques régionaux prend une part de plus en plus importante dans la prise en charge des patients, voire dans certains cas, quasi vitale. Il convient de mener l'analyse de risque ad hoc et de garantir un niveau de disponibilité qui y réponde.

La cyber criminalité est en plein essor et touche de manière importante les établissements de santé (plus de 1300 attaques recensées sur 2015). Par conséquent, la réglementation sur la sécurité évolue régulièrement. L'ASIP prévoit de publier en 2018 plusieurs référentiels opposables en matière de sécurité (portant sur l'identification, l'authentification et la gouvernance de la sécurité).

La sécurité des SI est donc une problématique essentielle qu'il faudra adresser dans le cadre du nouveau schéma directeur régional des SI de santé et médico-sociaux. Parmi les questions à adresser, il conviendra de s'interroger sur la façon de sensibiliser l'ensemble des acteurs à cette problématique (communication) et sur les modalités d'accompagnement possibles.

### Principe 3 : mieux structurer le traitement des données

Le traitement de l'information pour la production d'indicateurs ou la réalisation d'études est une étape clé de chacun des axes du PRS2, que ce soit pour alimenter un diagnostic ou pour assurer le suivi et l'évaluation des actions.

L'ARS doit :

- approfondir son utilisation des données pour développer une approche territoriale plus précise,
- mobiliser l'ensemble des bases de données disponibles (épidémiologie, socio-démographie, géographie populationnelle, offre de soins, consommation de soins et dépenses Assurance maladie, ...),
- se préparer à mobiliser les nouvelles bases de données régionales issues du système d'information régional décrit dans la 1<sup>ère</sup> partie du PMO.

<sup>20</sup> Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Le traitement de l'information est à approfondir à travers une meilleure structuration de l'usage des données en interne à l'Agence, mais aussi en mobilisant l'ensemble des partenaires externes (ORS, CIRE, échelon régional voire national de l'Assurance maladie, agences régionales d'urbanisme, équipes universitaires ou institutions de recherche et départements d'information médicale hospitaliers).

Le déploiement du système d'information régional (SIR) et la mobilisation des données issues de ces solutions permettent de développer le traitement régional de l'information en santé impliquant l'ensemble des acteurs, et ainsi constituent une opportunité unique de fournir - aux professionnels de santé, aux structures sanitaires et médico-sociales, aux chercheurs - un outil d'investigation tant dans le domaine du pilotage régional que celui de l'épidémiologie, la recherche ou l'évaluation en santé.

La question de l'urbanisation des données et de la mobilisation des technologies dites « Big Data » devront être expertisées dans ce cadre

L'ARS Île-de-France assure la maîtrise d'ouvrage stratégique des projets de traitement régional de l'information ; le GCS SESAN est en charge de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle.

Une gouvernance du SIR et du traitement régional de l'information en santé a ainsi été établie en accord avec le Comité d'Orientation Stratégique des Systèmes d'Information de Santé (COSSIS) pour définir et partager les règles et pratiques de réalisation d'études régionales basées sur les données de santé produites dans la région, conduisant à la production d'une charte de l'information en santé. Cette gouvernance peut être représentée comme suit :

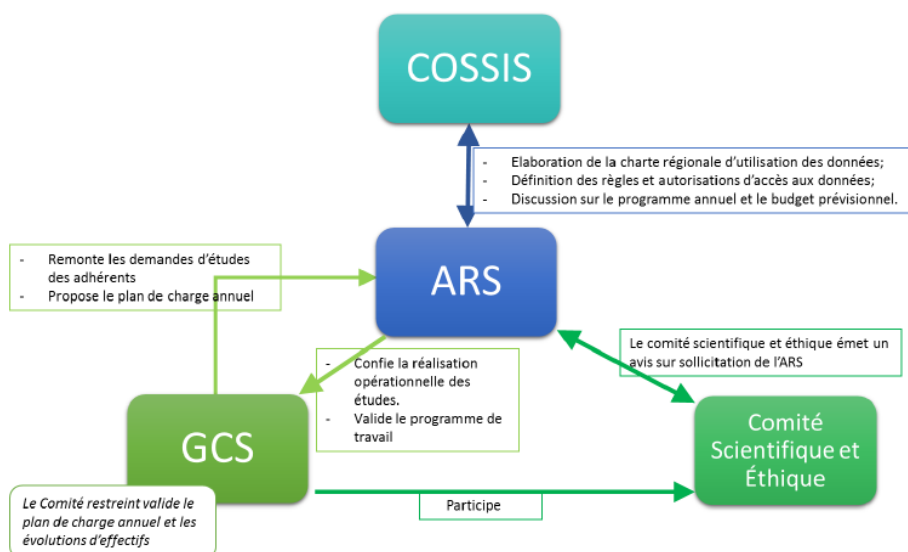


Figure 1 gouvernance régionale du traitement des données



Enfin, la connaissance des besoins et de la qualité des réponses peut être améliorée en Île-de-France sous plusieurs aspects répondant aux quatre interventions suivantes :

- Compléter la connaissance : inventorier les bases de données disponibles en interne ARS, au GCS SESAN et en externe, identifier les données manquantes nécessaires pour répondre aux objectifs du PRS2 ; construire des partenariats d'études (universités, écoles, ...) et d'échanges de données (CRIES, CREAI, Conseils Départementaux, MDPH, agences d'urbanisme, ...).
- Faciliter l'accès aux données : anticiper le besoin d'informations, mettre à disposition des outils accessibles au plus grand nombre pour mener des analyses en particulier sur les priorités thématiques et les projets du PRS2 (à des niveaux territoriaux assez fins) ; produire une documentation sur les sources de données disponibles pour permettre à tous d'avoir une connaissance des bases existantes et de leur utilité, incluant les biais et limites d'utilisation.
- Développer des études de prospective démographique : intégrer plus largement les dynamiques urbaines, territoriales et démographiques dans les études géo-populationnelles sous-tendant des actions de régulation des établissements de santé en Île-de-France et d'accompagnement des professionnels de proximité.
- Renforcer la lisibilité, la comparaison et la connaissance infra-territoriale des données (socio-démographiques, environnementales et sanitaires) en étroite collaboration avec les acteurs et observateurs de l'aménagement des territoires : faciliter la priorisation de territoires à enjeux et accompagner la mise en œuvre d'aménagements urbains tenant compte des vulnérabilités.

Ce projet aura des points d'articulation ou de complémentarité avec le PRSE3 2017-2021<sup>21</sup> et le PRAPS<sup>22</sup>, ainsi qu'avec le protocole de collaboration ARS-ANRU (cf. objectif 2.2 dédié aux actions de diagnostic).

#### **Principe 4 : renforcer la place de l'innovation**

L'ensemble de ces projets de production et de traitement de l'information nécessite la mise en place d'une veille organisationnelle et technologique, conduisant à la conduite d'expérimentations sur les territoires concernés. Ainsi, le PRS2, doit avoir pour ambition de proposer des organisations innovantes tant pour ce qui concerne l'organisation sanitaire que médico-sociale et les nouveaux usages que vont permettre le déploiement de ces outils mais également les nouveaux métiers, les évolutions d'organisation interne que de tels outils doivent permettre. Etant donné les enjeux et la fonction de régulateur que joue l'ARS, il est nécessaire de définir la stratégie d'intégration des innovations en particulier le processus de réponse/soutien par rapport aux initiatives des industriels ou des organisations, les modalités d'intégration au SI régional, les mécanismes d'aide ou de processus de remboursement du dispositif médical. Ainsi, le périmètre proposé n'est évidemment pas de faire une analyse exhaustive des outils d'innovation mais davantage d'expérimenter de nouvelles organisations et usages innovants dans les territoires concernés.

<sup>21</sup> PRSE 3 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-prse-ile-de-france>

<sup>22</sup> PRAPS : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>



## Programme n° 5 : information et communication en santé

### I – La communication, pour quoi faire ?

La communication a comme fonction - généralement bien identifiée - de « valoriser » l'institution qu'elle sert : on parle alors de communication institutionnelle. Mais elle peut aussi - et surtout - être une condition de réussite des ambitions de transformation du système de santé et des pratiques des professionnels à condition d'être mobilisée en conséquence<sup>23</sup>.

A ce titre, le PMO information-communication pourra être mobilisé pour :

- proposer un dispositif d'écoute et de mesure des opinions, représentations avant le développement d'un plan d'action ou d'une politique publique ;
- mettre en place des dispositifs d'information et/ou de conviction, larges ou ciblés ;
- concevoir des outils d'agrégation et de mise à disposition de contenus de référence (santé.fr), des actions de communication au plus près des territoires et prenant en compte les besoins spécifiques des populations... ;
- développer des dispositifs de communication à même de contribuer fortement à faire émerger le sujet Santé dans des univers-cibles : stratégie de relations presse ciblée, opérations de relations publiques, présence proactive et d'influence en ligne (mobilisation et ciblage des médias sociaux et de leur capacité de conversation), dispositif d'étude ad hoc, stratégie de Livre Blanc...

L'approche nouvelle qui consiste à faire de l'information – communication un programme de mise en œuvre du PRS suppose que l'on puisse juger ex-post de sa pertinence. Dans certains cas, cela supposera de mettre en place, en amont des plan de communication, des indicateurs spécifiques à la communication.

### II - Cinq principes d'action pour mettre en œuvre le PMO

#### Principe n°1 – Co-construire les plans d'action dédiés avec les chefs de projet de transformation

Tous les projets de transformation ne nécessitent pas un traitement spécifique et ambitieux en termes d'information et de communication. Mais pour certains, l'évolution des connaissances et/ou des opinions peut apparaître comme une condition préalable à un changement attendu de comportements ; ceux-là gagneront à mobiliser ces ressources.

Mais alors, comment mesurer - projet de transformation par projet de transformation – la place que l'information communication pourrait utilement avoir pour aider à la réussite des objectifs ? Comment le faire de manière suffisamment opérationnel pour permettre d'anticiper les allocations de ressources nécessaires aux programmes à engager ?

En première intention, chaque responsable de projets de transformation devra faire une première analyse de l'importance ou non de mobiliser a priori les leviers information communication. Il le fera à l'aide de questions clés

<sup>23</sup> Les exemples sont nombreux (sécurité routière, impôts...) de la capacité d'une information - construite et ciblée à partir d'une connaissance fine des comportements des usagers - à améliorer l'efficacité de l'action publique. La mobilisation du levier information communication dans une logique opérationnelle peut permettre de renforcer l'efficacité des actions opérationnelles de l'Agence et donc son efficacité (ex. moindre recours aux urgences).

permettant de décrire les objectifs attendus sur les publics et/ou partenaires cibles en termes de notoriété, lisibilité, engagements, changement de comportements....

Les questions-clés :

- quels objectifs stratégiques de l'axe et/ou du projet de transformation ?
- quelle cartographie des acteurs / décideurs ?
  - o quelle hiérarchie selon leur impact potentiel sur la réussite de l'axe ou – au contraire – sur leur capacité de «résistance » ?
- quels objectifs opérationnels pour chacun des projets de transformation ?
  - o quels sont les publics cibles ?
  - o quels sont leurs niveaux de connaissance / de compréhension / d'appétence des questions de santé ?
  - o que souhaitons-nous qu'ils sachent / comprennent / pensent/ agissent ?
  - o quels sont les possibles freins et leviers identifiés à ce stade ?
  - o comment pourrais-je mesurer les avancées sur le sujet dans X ans ?

Sur la base de ce premier travail, l'équipe communication de l'ARS travaillera – au cas par cas- avec les responsables de projets de transformation sur :

- les messages-clés à porter ;
- l'approche stratégique la plus adaptée ;
- le plan d'actions dédié pour répondre aux enjeux et objectifs fixés ;
- les conditions de son déploiement (en interne et/ou à l'aide de prestataires spécialisés selon l'ampleur et/ou la nature des plans d'action).

### **Principe n°2 – Mettre en place une plate-forme de veille**

Les axes du projet régional de santé comme ses projets de transformation supposent de pouvoir disposer – en amont comme en aval des plans d'action - d'un dispositif adapté de veille. De nouvelles expressions de besoin seront soumises par les pilotes des axes et des programmes en début de période. Par ailleurs, sur les modalités proposées, les pilotes des axes et des programmes pourront avoir accès à une plate-forme de veille permettant d'accéder en permanence à l'ensemble du corpus produit sur leur thématique de prédilection. Cette plate-forme sera proposée dès le début 2018 sur les thèmes faisant d'ores et déjà l'objet de veilles spécifiques par le pôle information–communication : Grand Paris, Périnatalité, Droits des usagers, Démographie des professionnels de santé, Transformation des organisations de santé, Vaccination et Automatisation des pharmacies. Ces champs actuels de veille pourront naturellement être amenés à évoluer en fonction des nouvelles expressions de besoin nécessaires au pilotage du PRS.

A noter, qu'à l'instar des études, un tel matériau de veille peut également être pensé à destination de nos parties prenantes externes quand la diffusion de l'information peut être, en soit, un levier de transformation.

### **Principe n°3 – Mettre en place un dispositif performant d'appui à l'animation territoriale**

La nouvelle stratégie territoriale de l'ARS sera portée par les Délégations départementales de l'Agence ; ce sont elles qui mettront en œuvre la stratégie de l'ARS sur les territoires en créant les conditions de l'adhésion et de la mobilisation des acteurs de santé et en les accompagnant pour encourager les initiatives locales.

L'animation se fera au plus près des territoires, à l'échelon des 24 ou 25 territoires de coordination en cours de constitution. Elle prendra notamment la forme de « Rencontres territoriales » qui rassembleront, d'un côté les élus et les acteurs institutionnels du territoire, et de l'autre, les professionnels de santé (médecins, kiné, infirmiers,...).

Pour les accompagner, l'Agence s'adjoindra les services d'une agence de communication événementielle à même d'aider l'Agence à définir un format type à la hauteur des enjeux de cette nouvelle stratégie territoriale et d'épauler chaque DD dans le montage et l'animation de chacune de ces rencontres.

### **Principe n°4 – Mettre en place une plate-forme relationnelle à l'ARS Île-de-France**

La transformation souhaitée du système de santé repose en partie sur la capacité de l'ARS à agir sur les différents acteurs, que ce soit en termes de compréhensions, de perceptions, de représentations, voire, de comportements. Dès lors, la question est lancinante au sein des ARS en général – et de celle d'Île de France en particulier- de savoir comment porter directement nos messages et nos informations vers les professionnels de santé, les usagers, les élus.... Les outils de communication de l'Agence (site internet, réseaux sociaux, infolettre Partenaires santé, présence médiatique...) poursuivent en partie cet objectif. Mais nous en mesurons difficilement « l'audience par contact utile » car il s'agit de « médias » et non d'une « plate-forme » relationnelle permettant des contacts suivis et personnalisés. D'un autre côté, les nombreux colloques et rencontres organisés par l'ARS tout au long de l'année permettent de tels contacts individualisés ; mais nous ne gardons pas mémoire des participations ni ne faisons d'analyse des sujets porteurs ou de ceux qui le sont moins par type de public (pas de connaissance ni d'utilisation de datas bases, la plate-forme d'inscription en ligne utilisée générant de simples tableaux).

L'ARS Île-de-France expérimentera une démarche de type « CRM » qui désigne un ensemble d'outils et de techniques destinés à enregistrer, traiter et analyser les informations relatives aux relations nouées avec différents afin de pouvoir optimiser les informations qui leurs sont proposées (elle pourrait également – ou à la place – travailler sur la possibilité de développer une application ARS pour smartphone, avec une version pour les professionnels de santé et une pour le grand public). La puissance et l'efficacité de ce type de solutions pour « entrer en conversation » avec les parties prenantes d'une entreprise ou d'une organisation font largement leurs preuves dans l'univers public ou parapublic : Sncf Transilien, Anact, Météo France... L'objectif est de permettre un suivi fin des relations nouées avec nos interlocuteurs, indépendamment du moyen de contact (email, téléphone, événement...). Une telle approche permet de mieux « capitaliser » sur la connaissance que l'on a d'une relation et de « convertir » (par exemple, un médecin participant à une journée d'échanges dans une DD, devient une « cible » pour un CLS). Une base de données relationnelle permettra à l'Agence de « pousser » des informations de manière ciblées (par territoire, par type de publics, par centres d'intérêts...), à la fois dans une logique de moyen terme (travailler à l'information de communautés) et de très court terme (gestion de crise : par exemple, alerte de proximité sur l'engorgement d'un service d'urgences). Cela peut par ailleurs éviter quelques dysfonctionnements opérationnels (par exemple, une DD appelle un médecin ayant été contacté la veille par le siège...).

L'idée n'est pas nécessairement de mettre en place un système immédiatement universel pour tous nos publics, mais d'expérimenter sur un public-cible afin de mesurer les potentiels que cela peut avoir pour l'ARS.

### Principe n°5 – Mobiliser de nouveaux leviers de communication pour faire réussir les projets de transformation

Le PMO est une démarche assez innovante pour l'Agence. Elle est un changement de paradigme qui interroge nécessairement la place – et les moyens – de la communication externe de l'Agence. En dépend la capacité de l'Agence à mettre effectivement en œuvre les actions de communication. Certaines sont d'ores et déjà signalées dans les documents du PRS2 : organisation de journées d'information et de communication thématiques, mise en place d'événements thématiques réunissant les partenaires concernés par l'innovation, promotion de santé.fr... D'autres devront être imaginées collectivement pour favoriser la réussite de tel ou tel objectif : stratégie d'influence sur les réseaux sociaux, action de lobbying, nudge<sup>24</sup>, plan de marketing direct au plus près de territoires ciblés, notamment en direction des réseaux professionnels locaux et des professionnels de santé... Cela suppose que le Pôle information communication mobilise des prestations qu'il ne maîtrise pas seul ou pas suffisamment et donc, qu'il ait recours à des prestataires extérieurs spécialisés. En guise d'exemple (liste non exhaustive) :

- **Community management et influence en ligne**
  - La réussite d'un certain nombre de programmes de transformation suppose que l'Agence sache promouvoir « ses » sujets sur les espaces d'information, de sensibilisation, de discussion et de conviction que sont les réseaux sociaux. Cela dépasse l'utilisation que l'Agence fait aujourd'hui de ses propres comptes pour diffuser ses informations. Cela suppose un travail supplémentaire de veille et d'intervention, véritable stratégie d'influence à même de faire avancer les connaissances, les perceptions et les opinions sur un certain nombre de sujets, préalables à d'éventuels changements de comportements. C'est par exemple ce que fait l'AP-HP en matière de veille de tendances émergentes ou d'alertes, et le ministère des Solidarités et de la santé en matière d'influence sur la vaccination. Pour ce faire, l'ARS pourrait utilement s'adjoindre les services d'un prestataire spécialisé qui intervient déjà sur ce même type de prestations pour d'autres institutions et entreprises.
- **Publicité et achat d'espaces**
  - Certains enjeux de communication supposent une capacité de forte visibilité du message porté. Cet enjeu « d'impact » (faire progresser très fortement la notoriété d'un sujet, d'une consigne, d'un programme) peut nécessiter le recours à de la présence publicitaire (médiats classiques ou réseaux sociaux). La production de créations publicitaires pourra se faire via le studio graphique de l'Agence (cf. « AVC, et si j'étais concerné ? » - janvier 2018) ou via le recours à une prestation externe ad hoc. Par ailleurs, compte tenu de la réglementation en matière d'achat d'espace (interdiction d'achats directs par les annonceurs), l'ARS cherchera à s'adjoindre les services d'une centrale d'achat publicitaire lui permettant, le cas échéant, d'être opérationnelle rapidement si nécessaire.

<sup>24</sup> La théorie du Nudge est un concept des [sciences du comportement](#), [de la théorie politique](#) et [d'économie](#), qui fait valoir que des suggestions indirectes peuvent, sans forcer, [influencer](#) les motivations, les incitations et la [prise de décision](#) des groupes et des individus, au moins de manière aussi efficace sinon plus efficacement que l'instruction directe, la législation, ou l'exécution. Le Nudge consiste à mettre les individus dans un contexte de choix qui les incite à adopter un comportement spécifique recherché.

- **Marketing direct et/ou street marketing**
  - L'ARS outille un certain nombre d'acteurs de terrain pour s'adresser aux usagers-patients au plus près des territoires (par exemple, en matière de prévention). Cette approche pourrait être complétée par des plans d'action permettant d'adresser directement nos messages et informations à un certain nombre de publics, professionnels ou grand public. Dans cette hypothèse, l'ARS travaillera avec des experts en marketing-direct (le marketing direct est un ensemble de techniques qui permettent de toucher directement la cible en diffusant un message personnalisé et incitatif vers une cible d'individus dans le but d'obtenir une réaction immédiate et mesurable)

Le programme sera par ailleurs l'occasion d'interroger l'articulation de nos actions de communication avec l'échelon national, à l'heure où Santé publique France, par exemple, semble s'orienter vers des stratégies d'information communautaire au détriment de campagnes média (publicitaires) grand public pour « faire bouger » les comportements.

## TROISIEME PARTIE : PRIORITES THEMATIQUES DE SANTE

## Périnatalité et santé du jeune enfant

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée :

- 178 000 enfants domiciliés en Île-de-France nés en 2016. (- 3,5% depuis 2010) ;
- 178 167 accouchements enregistrés en Île-de-France en 2016 (-3,4% depuis 2010) ;
- 51 284 IVG réalisées chez des femmes domiciliées en Île-de-France en 2015 ;
- Moins de femmes en âge de procréer (15 et 49 ans) : -0,7% en 10 ans en Île-de-France ;
- Taux de mortalité maternelle : 12 pour 100.000 naissances en Île-de-France (8.3 en F. métro)
- Taux de mortalité infantile (décès < 1 an) : 3.8‰ naissances vivantes (3.5‰ en F. métro) ;
- Taux de mortinatalité (enfant sans vie, terme > 22SA ou poids > 500g) : 9,6‰ naissances totales en Île-de-France (8,6‰ en F.) ;
- Taux de prématurité (< 37SA) : 7,2% des naissances vivantes domiciliées en Île-de-France (7,0% en F.) ;
- Taux de grande prématurité (< 33 SA) : 1,5% des naissances vivantes (1,4% en F.) ;
- Taux des troubles durables du langage oral et écrit et des autres troubles spécifiques des apprentissages (« dys ») : 3 à 7% des enfants de 3 à 12 ans en France.

#### 1.2 Principales problématiques de santé

Dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance, la région Île-de-France se caractérise par des indicateurs de mortalité et de morbidité moins favorables que les moyennes nationales : surmortalité infantile, périnatale et maternelle, plus grande fréquence des naissances prématurées, plus fort taux de prévalence de l'obésité infantile, par exemple.

L'Île-de-France se caractérise également par d'importantes disparités territoriales en termes d'indicateurs de santé périnatale et infantile, à mettre en lien avec le poids des déterminants, individuels, sociaux, environnementaux, et la prévalence des comorbidités (obésité, diabète...), elles-mêmes liées aux déterminants sociaux. Les travaux réalisés en Seine-Saint-Denis dans le cadre du programme RéMI<sup>25</sup> ont confirmé l'interaction de la précarité sociale, avec l'organisation et la qualité des soins (qualité des soins non optimale, orientations et suivis inadéquats, précarité non prise en compte ou non accompagnée...).

L'offre de soins en périnatalité et petite enfance est inégalement répartie sur le territoire francilien, concentrée sur Paris et certaines zones de la petite couronne (92), et plus difficilement accessible en grande couronne (77, 91, 95) et l'accès des populations à une prise en charge adaptée à leurs besoins reste une préoccupation, notamment dans les situations médicales ou sociales complexes.

- Les femmes enceintes ne bénéficient pas systématiquement d'un repérage précoce et efficient des situations de vulnérabilité, qui permettrait une orientation vers le parcours le plus adapté à leurs besoins, et la mobilisation pertinente des ressources. La consultation préconceptionnelle, en amont de la grossesse reste à développer (repérage des comorbidités).

<sup>25</sup> Réduire la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis (RéMI)

- La coordination des acteurs (ville-hôpital, santé-social) et la prise en compte des déterminants sociaux, notamment de la précarité et de ses conséquences, des besoins d'accompagnement en médiation ou interprétariat, sont encore insuffisamment développés.
- Une part importante des femmes est demandeuse d'accouchements plus physiologiques ou naturels.
- L'offre de soins ambulatoires se transforme en lien avec l'évolution du champ de compétences des sages-femmes, avec notamment le suivi des grossesses à bas risque en pré et post-partum en ville (Prado, sorties anticipées).
- Les grossesses par procréation médicalement assistée (PMA) augmentent régulièrement (3,1% des naissances en 2015 versus 2,6 % en 2009, données agence de la Biomédecine). Elles concernent des femmes plus âgées (21% sont des femmes âgées de 40 ans en 2015 en Île-de-France), plus à même de présenter des comorbidités (diabète, obésité, hypertension...), majorant les risques de complications et la nécessité d'un suivi spécialisé pluridisciplinaire.
- La surmortalité maternelle observée est liée à des problématiques d'organisation de l'offre, de pratiques professionnelles inadaptées (manque de repérage des facteurs de risque, orientations vers des plateaux techniques inadaptés, insuffisance des consultations pluridisciplinaires, insuffisance d'entraînement au travail en équipe). La première cause directe de mortalité maternelle reste l'hémorragie du postpartum (HPP), posant des enjeux de formation, organisation, disponibilité de produits sanguins – cf ENCMM).
- Le programme régional de suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, enfants ayant présenté une pathologie périnatale sévère) qui permet de suivre les enfants et de leur proposer des actions de prévention précoce, se heurte à la disponibilité variable des ressources sur certains territoires.
- Les ressources en matière de dépistage et de prise en charge des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages sont inégalement réparties sur le territoire francilien et insuffisamment organisées pour permettre aux enfants qui en ont le plus besoin d'accéder aux services et professionnels adaptés (médecins, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes). La diminution des effectifs de la PMI et la santé scolaire, particulièrement impliquées dans le repérage et l'orientation des enfants, limite leur capacité d'intervention. En l'absence de gradation des soins, les centres référents sont sursollicités pour des demandes ne relevant pas de leur expertise. Par ailleurs, certains actes essentiels (psychomotricité hors nomenclature) ne sont pas remboursés, majorant encore les inégalités sociales d'accès.
- Les urgences pédiatriques sont confrontées à une forte augmentation de leur activité, dans un contexte de tensions démographiques (ville, hôpital) et en l'absence de solutions alternatives.
- La forte progression des maladies chroniques de l'enfant pose par ailleurs les enjeux d'une plus grande fluidité de leurs parcours et de la place des réseaux de santé.
- Le nombre croissant de femmes enceintes ou de femmes sortant de maternité avec leur nouveau-né sans logement est une préoccupation majeure. Les dispositifs mis en place sont dépassés, l'impact sur la santé à court et moyen terme risque sera important (morbi-mortalité).

### 1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La démographie des professions intervenant spécifiquement dans le champ de la périnatalité et de la santé de l'enfant est **contrastée**.

Les **densités régionales** des professions médicales, rapportées aux populations concernées, sont proches des moyennes nationales, hormis la densité de sages-femmes, très en deçà de la moyenne nationale. Les effectifs des professions médicales ont globalement progressé entre 2010 et 2015, et la part des professionnels de moins de 40 ans a augmenté. Toutefois, l'arrivée de ces nouveaux professionnels ne pourra pas compenser la cessation d'activité attendue d'un nombre important de médecins aujourd'hui âgés de plus de 60 ans et la



restriction de l'accès des professionnels à diplômes étrangers hors UE, par la modification des règles d'accès à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en 2017.

Pour les infirmières-puéricultrices, la densité est inférieure à la moyenne nationale et la part des professionnelles de moins de 35 ans, plus faible qu'au niveau national.

L'Île-de-France se caractérise par d'importantes **disparités** entre départements (Paris et Hauts de Seine sont les mieux dotés, à l'inverse la Seine et Marne cumule densités faibles et professionnels plus âgés).

Le **mode d'exercice** des professionnels de santé évolue : à l'exception des sages-femmes, les professions médicales privilégient l'exercice salarié ou mixte. Les jeunes professionnels modulent leur temps de travail, privilégient des surspécialisations (pédiatrie, gynécologie-obstétrique). Cette nouvelle donne sociologique génère de nouvelles contraintes sur l'organisation des services, notamment pour les lignes de garde.

La médecine salariée non hospitalière (protection maternelle et infantile, santé scolaire) attire peu les jeunes professionnels, avec des taux de vacance de postes médicaux importants dans ces services.

Les perspectives d'évolution des effectifs des professionnels médicaux du champ de la périnatalité restent préoccupantes. Il est probable que les effectifs de pédiatres et anesthésistes ne seront pas en adéquation avec les besoins de prise en charge de la population. Des perspectives sont certes ouvertes par l'évolution des métiers, les infirmières de pratique avancée, les protocoles de délégation de tâches, le développement des coopérations entre professionnels, la mise en place de protocoles de gradation des soins entre médecins généralistes et pédiatres, le développement du recours aux nouvelles technologies (télémédecine). Toutefois le regroupement des équipes et des plateaux techniques devra être poursuivi dans les zones où il existe des tensions sur les ressources médicales et où ces regroupements ne dégradent pas l'accessibilité. Lorsqu'il existe des difficultés d'accessibilité qui ne permettent pas d'envisager des regroupements ou mutualisations de moyens, les ressources médicales devront être renforcées de manière ciblée, en jouant sur l'ensemble des leviers.

#### 1.4 Bilan du PRS 1

##### **Amélioration de la mortalité périnatale en Seine-Saint-Denis :**

- Le taux de mortalité infantile a baissé de 5,2‰ à 4,4‰ (-15%) en Seine-Saint-Denis entre les années 2007-2009 et 2014-2016, alors que dans le même temps, il augmentait de 20% dans le Val d'Oise (3,6‰ à 4,6‰), de 15% en Essonne et dans le Val de Marne (de 3,5‰ à 4,0‰).
- Le taux de mortinatalité a baissé de 12,8‰ à 10,8‰ (-15%) en Seine-Saint-Denis entre les années 2005-2007 et 2014-2016. Il a augmenté dans le même temps 9,0 à 10,0‰ (+10%) en Essonne.

##### **Amélioration du parcours IVG en Île-de-France:**

- Une amélioration du parcours en période estivale qui permet de ne plus orienter vers l'étranger de femmes ayant sollicité une IVG dans les délais légaux depuis 3 ans.

##### **Amélioration du suivi des enfants vulnérables en Île-de-France :**

- Le programme est étendu sur l'ensemble du territoire francilien depuis 2015 : 2 600 enfants vulnérables ont été inclus dans un programme de suivi en 2016 (dont 85% des nouveau-nés prématurés éligibles) et 450 enfants ont bénéficié de psychomotricité.

**Implantations opposables :**

- Les territoires de l'Essonne et du Val d'Oise, dépourvus en centre de PMA, ont été couverts sur la période du PRS1.
- Le PRS avait prévu de maintenir le nombre des implantations de maternité. Sur sa durée, 13 maternités ont fermé ou se sont regroupées (dont seulement 2 publiques), essentiellement pour des difficultés de recrutements de médecins (anesthésistes, obstétriciens).

**Qualité de la prise en charge :**

- Le taux de césariennes est en légère décroissance depuis 2012, de 23,1 % à 22,5 % en 2016.
- 80 % des grands prématurés (<33 SA) naissent dans des maternités adaptées à leur niveau de risque (type 3 ou type 2B).
- Selon les données du PMSI 2010-2014, les actes relatifs à l'HPP diminuent: -43% embolisations ; -31% ligatures artérielles ; -16% hystérectomies. Le nombre d'actes de tamponnements (probable utilisation de sonde de Bakri) a par contre augmenté de 53%.

**2. Sens de l'action à conduire**

Dans le champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, plusieurs défis majeurs sont à relever :

- Prendre en compte le gradient social et la précarité ;
- Organiser la prise en charge de la grossesse en proximité, en garantissant la qualité et la sécurité des soins périnataux ;
- Dans un contexte d'une offre réduite dans le champ de la santé de l'enfant, notamment en PMI, assurer sur tous les territoires les missions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge de l'enfant en situation sociale complexe.

**1. Améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale et évaluer les actions entreprises par un travail de recherche.**

Pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale, la compréhension des dynamiques en jeu, et ainsi éclairer davantage la décision, l'ARS doit pouvoir s'appuyer sur des partenariats universitaires. Des programmes de recherche interventionnelle doivent être développés, en particulier sur les systèmes de santé et sur l'impact du gradient social (pauvreté, absence de droits sociaux, exclusion du logement, expositions professionnelles...).

**2. Faire face aux tensions démographiques des professionnels du champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, en favorisant un maillage territorial permettant l'accès à la prévention et à des soins gradués, sur l'ensemble du territoire.**

De nouvelles **organisations sont à expérimenter** pour faciliter la présence des acteurs de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, au sein des établissements de santé, en libéral et dans les services de PMI et de santé scolaire, en facilitant le décloisonnement des modes d'exercice (postes partagés, postes permettant un exercice mixte, aide à l'installation en territoire déficitaire), en promouvant des interventions pluridisciplinaires (« gradation » des soins, intervention de professionnels non médicaux), ou encore en développant des projets innovants (télémedecine, e-parcours).

Dans le champ de la santé de l'enfant, les jeunes professionnels de santé doivent être davantage incités à **se former** (systématisation des stages en pédiatrie, PMI, santé scolaire pour les étudiants en médecine et les internes de médecine générale, promotion de formations universitaires complémentaires pour les médecins généralistes).

Mais surtout, la **structuration de l'offre** doit permettre au médecin de premier recours de disposer de relais permettant la prise en charge de maladies chroniques, de pathologies complexes, de troubles du développement, auprès de médecins ayant une compétence renforcée dans le champ de la santé de l'enfant (pédiatres, médecins de PMI, médecins ayant acquis une compétence en santé de l'enfant, réseaux, centres de référence...).

La **Protection Maternelle et Infantile** est un outil essentiel de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant. Une stratégie doit être élaborée conjointement avec les collectivités territoriales, afin de rendre la protection et la promotion de la santé au bénéfice de l'enfant et la famille plus opérantes sur les territoires les plus fragiles, notamment en mobilisant des ressources pluriprofessionnelles impliquées (médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychomotriciens, psychologues, ...).

Les stratégies d'« aller-vers », au cœur des missions de PMI, devraient être renforcées ; pour cela, une approche partagée entre les départements, l'Agence, et éventuellement d'autres partenaires, dans le respect des responsabilités de chacun, doit être élaborée pour chacun des territoires

### **3. Améliorer la coordination des parcours complexes en périnatalité et santé du jeune enfant, pour prendre en compte les vulnérabilités d'ordre médical, social, ou psychologique que cumulent certaines familles**

Les parcours complexes en périnatalité et santé du jeune enfant recouvrent des situations très diverses, femmes enceintes atteintes de comorbidités, difficultés sociales et psychosociales liées à la précarité, dépression du postpartum, troubles du développement en rapport avec des pathologies néonatales nécessitant des suivis prolongés, troubles spécifique des apprentissages de l'enfant...

Prévu à trois moments clés de la grossesse, lors de la déclaration de grossesse, de l'entretien prénatal précoce, de l'entrée dans le suivi en établissement de santé, le repérage des vulnérabilités médico-psychosociales doit être amélioré et systématisé. Face aux difficultés psychosociales, de nombreux soignants se résignent faute de pouvoir les affronter seuls. Dès lors, il est nécessaire de renforcer l'articulation ville-hôpital autour des parcours rendus complexes par la vulnérabilité des patients et les conséquences de la précarité en formant les acteurs au repérage et à l'orientation, en améliorant le partage et la traçabilité des informations, la communication patients-professionnels, le pouvoir d'agir individuel et collectif, le travail en pluridisciplinarité (travailleurs sociaux, psychologues, autres spécialités médicales), la médiation socio-sanitaire.

Des expérimentations doivent s'envisager sous forme de consultations d'orientation précoce, en début de grossesse évaluer le risque psychosocial et les besoins spécifiques (interprétariat, médiation), repérer les antécédents médicaux, obstétricaux, les conduites addictives, et permettre l'orientation vers le niveau de soins adapté.

La coordination des parcours complexes doit permettre aux femmes d'accoucher sur le plateau technique adapté à leurs comorbidités et aux complications éventuelles. La structuration du parcours de ces femmes enceintes en fonction d'une gradation des soins doit être poursuivie,

La coordination des acteurs autour de la prise en charge des enfants vulnérables présentant des séquelles moyennes ou graves (troubles moteurs, sensoriels et cognitifs) nécessite un maillage des ressources dans la proximité du domicile en facilitant le recours précoce à des ressources spécialisées pluridisciplinaires, en structures type CAMSP, en fonction de la prévalence de la prématurité, sur les territoires où l'offre de soins ambulatoires est déficitaire.

La prise en charge des troubles des apprentissages nécessite la structuration, dans des territoires ciblés, d'une offre graduée de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, financée au forfait-parcours, de la ville (experts de type 1) jusqu'aux centres de référence de type 3, avec participation de la médecine de l'éducation nationale. Elle implique la formation des praticiens (médecins, paramédicaux) de type 1 pour le diagnostic précoce, et l'organisation de centres de compétence de type 2 en proximité (structures hospitalières multidisciplinaires, CMP, CMPP, réseau), conventionnés avec un centre de référence de type 3, réservé aux diagnostics complexes.

#### **4. Améliorer la pertinence des soins et garantir la qualité et la sécurité des prises en charge afin de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile.**

L'analyse des événements indésirables graves (EIG) en périnatalité déclarés entre 2012 et 2016 et l'étude nationale sur les morts maternelles (ENCMM) montrent des facteurs contributifs récurrents, qui interrogent le travail en équipe, la répartition des tâches entre professionnels, les protocoles, la formation et la gestion du personnel.

L'ARS doit accompagner le développement de la culture qualité et sécurité des soins, en veillant à ce que les établissements déclarent les EIG, les analysent et mettent en place des mesures correctrices, en particulier dans le cas des décès considérés comme évitables (HPP).

Il importe de développer l'analyse des dysfonctionnements de parcours et de liens ville-hôpital ; de favoriser les analyses systémiques, en présence d'un pair extérieur ; d'organiser des formations des équipes par simulation, en prévention et/ou dans les suites d'EIG.

#### **5. Développer des modes de communication et d'information adaptés aux besoins des familles et des enfants**

L'enjeu est de donner une plus grande place aux femmes, aux familles et aux enfants et de les rendre davantage acteurs de leur santé.

Des initiatives doivent être engagées pour permettre aux femmes de prendre une part plus active dans le suivi de leur grossesse. Elles ont des difficultés à exprimer leurs interrogations et inquiétudes sur le déroulement de la grossesse, et ce d'autant que leur étayage familial et social est réduit, à comprendre l'importance des prescriptions, des examens de dépistage ou des échographies, et à évaluer la gravité de certains symptômes de la grossesse. Elles témoignent de leurs difficultés à prendre en compte les informations peu compréhensibles ou parfois contradictoires de certains professionnels, ou encore des consignes incompatibles avec les contraintes de leur vie quotidienne en contexte de précarité. Aussi il convient de travailler sur la forme que prend la communication, individuelle ou collective, et de lever les obstacles pratiques pour la mise en œuvre des recommandations par les patientes.

Pour cela, il est nécessaire de :

- Développer des actions de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de sensibilisation aux symptômes pathologiques de la grossesse ;
- Promouvoir des démarches valorisant des approches en santé communautaires ;

- Développer des outils de communication adaptés au contexte de vie des femmes et organiser le recours aux services d'interprétariat (droit à l'information dans la langue maternelle) et de médiation socio-sanitaire ;
- Sensibiliser les professionnels aux particularités de l'information aux patients en pédiatrie en insistant sur l'alliance thérapeutique triangulaire : jeune enfant – parents – professionnels, sur l'importance de documents d'information adaptés à l'âge.

### 3. Objectifs formalisés

- Diminuer les taux régionaux de mortalité infantile et de mortinatalité, en réduisant de 20% les taux des 4 départements aux taux les plus élevés : 95,93, 91 et 94
- Atteindre un taux de prise en charge dans une structure adéquate de 80% pour deux pathologies maternelles traceuses : obésité sévère et formes sévères de drépanocytose
- Atteindre une adéquation entre les décès maternels déclarés EIG sur le portail et ceux enregistrés dans le PMSI
- mettre en place une analyse comparative annuelle des taux de césariennes au sein des réseaux de santé périnatale, en lien avec une analyse des indicateurs de morbi-mortalité maternelle et néonatale, afin d'améliorer la pertinence des indications de césarienne (selon les recommandations HAS, OMS classification de Robson)
- Atteindre un taux d'inclusion dans le programme régional de suivi des enfants vulnérables de 90% des grands prématurés et 70% des RCIU
- Atteindre un taux de suivi à 2 ans de 80% et de suivi à 5 ans de plus de 50% (suivi : système HYGIE)
- Faire en sorte que le délai de première consultation des enfants présentant un trouble spécifique des apprentissages dans les centres de référence ne soit pas supérieur à 6 mois (suivi : bilan d'activité des centres de référence)
- Doubler le nombre de postes d'assistants spécialistes partagés en périnatalité dans les territoires déficitaires
- Accompagner au moins trois projets de promotion de la santé périnatale reposant sur des approches en santé communautaire

### 4. Principales stratégies d'intervention

De façon préalable, il est nécessaire de considérer les évolutions péjoratives des indicateurs de mortalité infantile dans plusieurs territoires, révélatrices de difficultés qui dépassent la seule période périnatale, et la fragilité des acquis dans d'autres territoires : de telles évolutions imposent une action en périnatalité, ainsi que dans la période d'aval (petite enfance) renforcée de façon volontariste dans ces territoires.

Ce renforcement passe

- a) par la priorisation absolue des moyens sanitaires sur ces zones
- b) par l'adaptation accélérée du système de soins, notamment par une action contre les ruptures de prise en charge
- c) par une intervention organisée et structurée sur les déterminants de santé en lien avec le champ de la périnatalité, et en particulier sur l'interface entre les différentes traductions de la précarité et les conditions de grossesse, d'accouchement, et de petite enfance.

---

**Axe de transformation 1 – Améliorer l'organisation des parcours sur les territoires****Projet de transformation 1-2 : Construire des dispositifs de repérage précoce et de construction individualisée du parcours de santé**

- Former les acteurs du soin au repérage et au dépistage des vulnérabilités sociales, psychologiques et médicales et des situations complexes des femmes enceintes.
- Soutenir les dispositifs contribuant à l'entrée dans un parcours de soin adapté à la vulnérabilité et à la pathologie (consultation d'accueil et d'orientation en début de grossesse, dispositif d'accueil personnalisé pour situations complexes...).
- Organiser un parcours gradué de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages avec trois niveaux de prise en charge, et former les professionnels au repérage et au dépistage.

**Projet de transformation 1-3 : Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours**

- Organiser un outil régional permettant l'interprétation à distance des EEG pédiatriques (téléexpertise).
- Organiser le déploiement du dispositif de dépistage de la rétinopathie chez le nourrisson.
- Favoriser la télésurveillance des grossesses à risques hospitalisées en HAD dans des territoires distants des maternités.
- Favoriser la participation des réseaux de santé périnatale aux expérimentations de parcours e-santé.

**Projet de transformation 1-5 : Expérimenter des modes de financement permettant d'éviter les ruptures induites par les modes de tarification**

- Expérimenter et évaluer la solvabilisation des soins réalisés par les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes (non pris en charge par l'Assurance maladie), dans le cadre d'un financement au parcours (nouveau-nés vulnérables, troubles spécifiques des apprentissages, parentalités complexes...).
- En cas de vulnérabilités repérées, et en absence de couverture sociale de base et/ou complémentaire (attente de l'ouverture des droits ou de l'ACS), expérimenter et évaluer au plan médico-économique la solvabilisation des actes de prévention et de soins réalisés en début de la grossesse, jusqu'à la prise en charge à 100 % au cours du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (lutte contre le renoncement aux soins).

---

**Axe de transformation 2 – Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable****Projet de transformation 2-1 : Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses**

- Engager des partenariats avec des équipes universitaires de recherche pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale, mettre en place des programmes de recherche interventionnelle et évaluer les actions entreprises.
- Amélioration le codage PMSI des morts-nés, pour disposer d'indicateurs fiables de suivi de la mortalité à l'échelle régionale.
- Evaluer les dispositifs mis en place pour faciliter le recours aux soins et le suivi des femmes sans hébergement en sortie de maternité.
- Evaluer le programme régional de suivi des enfants vulnérables, à partir de la base de données HYGIE-SEV.

**Projet de transformation 2-2 : *Prioriser les moyens en fonction des besoins notamment sur les territoires en sous offre***

- Mobiliser le levier des assistants partagés en faveurs de zones sous dotées dans le champ de la périnatalité, notamment pour les établissements situés aux marches de l'Île-de-France.
- Elaborer, conjointement avec les collectivités territoriales une stratégie, permettant au dispositif de PMI d'être opérant sur l'ensemble du territoire francilien, dans le cadre d'une politique partagée.

**Projet de transformation 2-6 : *Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants***

- Cf. l'ensemble du projet de transformation

---

**Axe de transformation 3 - Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation**

**Projet de transformation 3-2 : *Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge***

- Généraliser la formation par la simulation des équipes, in situ, après analyse systémique d'un EIG en périnatalité en présence d'un pair extérieur à l'établissement (compétences techniques et non techniques).
- Accompagner les innovations organisationnelles (pratiques avancées, délégations de tâches, circuits courts....), en particulier dans la prise en charge des urgences pédiatriques.

---

**Axe de transformation 4 – Permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire**

**Projet de transformation 4-3 : *Développer de pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité***

Dans les territoires à forte population immigrée, promouvoir l'intervention de médiateurs socio-sanitaires, l'utilisation de l'interprétariat, ainsi que les démarches de santé communautaire en périnatalité.

---

**Axe de transformation 5 – La santé dans les politiques**

**Projet de transformation 5-1 : *Structurer une stratégie de plaidoyer***

Mobiliser les pilotes des politiques publiques pour renforcer les dispositifs d'accès des femmes sans hébergement en sorties de maternité et leurs nouveau-né à des hébergements stabilisés.



## Santé des adolescents et des jeunes adultes

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Population concernée :

Cette tranche d'âge qui couvre l'adolescent et le jeune adulte correspond à un moment où le jeune se détache progressivement de sa famille, découvre une forme d'autonomie, et initie sa propre trajectoire de vie : celle-ci interagit avec celle de ses pairs et avec le contexte social. C'est un moment de passage de l'enfance à l'âge adulte où la prise de risques fait partie du développement normal de l'adolescent. C'est aussi le moment où se cumulent l'effet des déterminants liés au contexte de vie de la famille et ceux qui impactent plus directement le jeune. Il s'agit donc à la fois d'une période de fragilités qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie d'adulte, mais aussi d'une période d'opportunités si elle permet aux jeunes de prendre confiance en leurs capacités.

#### 1.2 Etat de santé : données générales extrapolables

Les enquêtes sont concordantes autour de grands principes : un état de santé plutôt bon (9 jeunes sur 10 se disent en bonne santé), mais des écarts importants existent en fonction du niveau de revenu, mais aussi de la structuration des familles et du sexe.

##### La santé perçue des collégiens

La dernière enquête HBSC 2014 montre qu'en matière de santé mentale : 82% des adolescents scolarisés en collèges ont une perception positive de leur vie et se situent dans une projection positive de leur avenir. Mais ce sentiment plutôt positif de bien-être tend à se dégrader entre la 6<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> où il passe de 81,6% à 77,1% et diminue plus fortement chez les filles que chez les garçons.

La santé perçue des jeunes en insertion (Recherche Action PRESJAE INSERM 2011 et la comparaison avec l'étude SIRS 2010 concernant les jeunes en population générale montrent que :

19% des jeunes en insertion ont une perception négative de leur état de santé général, 20% de leur état de santé physique (versus 10% pour les autres jeunes) 30% de leur état de santé psychologique (versus 15% pour les autres jeunes). Les questions de santé constituent un frein à leur insertion : 33% ont une pathologie non traitée. Le renoncement aux soins concerne 31% des jeunes notamment pour les soins primaires (visite chez le médecin généraliste, la pharmacie, le dentiste). Le recours aux urgences est important avec 15% de jeunes hospitalisés dans les 12 mois.

Les jeunes de 15/25 ans en Île de France présentent par ailleurs certaines spécificités en termes de comportements par rapport aux autres régions (source Baromètre santé INPES 2010, extraction régionale par l'ORS)

**Sexualité** : le niveau de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG est plus important que dans les autres régions (18,1% chez les 15/29 ans contre 11,3%). On note deux fois plus de rapports sexuels non protégés, avec en parallèle, des déclarations d'IST plus fréquentes que dans les autres régions.

**Produits addictifs** : l'Île de France se caractérise par la surconsommation notamment de cannabis (plus d'un tiers des 15/25 ans fument quotidiennement avec des niveaux d'usage plus élevés que dans d'autres régions.



Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer des drogues, mais l'écart se resserre entre 15/24 ans.

**Tabagisme** : il touche un tiers des 15/ 24 ans, fumeurs réguliers, avec une tendance à une plus grande précocité de l'expérimentation, un rapprochement des comportements hommes et femmes, aujourd'hui au même niveau.

**Surpoids/ obésité** : la prévalence est plus forte dans la région Île de France et en augmentation ; un Francilien sur dix entre 12 et 18 ans est en excès de poids.

**Situations de mal être et de stress** : elles s'expriment par des fréquences plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicides par rapport à d'autres régions. La proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a augmenté de 6 à 8% entre 1997 et 2005 en Île de France.

### 1.3 Cadres préexistants et acteurs à l'œuvre

Le champ de la santé des jeunes mobilise une grande diversité d'acteurs (professionnels : médecins généralistes, pédiatres, infirmières, médecins scolaire), de structures : offre médico-sociale spécialisée (CSAPA, CJC..), dispositifs de prévention (dépistage Ceggid), offre sanitaire (secteur de pédopsychiatrie ..), accueil des jeunes dans une dimension globale (PAEJ, BIJ...), acteurs institutionnels régionaux(DIRPJJ, Assurance Maladie, DRJSC, Académies..), collectivités locales(Conseil Régional, Conseils départementaux, villes), mais avec souvent un manque de visibilité quant aux résultats produits et l'existence de déficits de prise en charge dans certains territoires à fort besoin de santé.

## 2. Finalités de l'action sur la période du PRS 2

### Améliorer la capacité d'agir des jeunes

Aider les jeunes à être pleinement acteurs de leur santé passe par le renforcement de leurs compétences et habiletés, par la mise en place d'un climat scolaire propice à l'estime des autres et de soi, d'un environnement de vie favorable à leur épanouissement. Il sera donc nécessaire de développer la promotion de la santé et notamment les compétences psycho sociales dans les programmes d'enseignement et de favoriser la mise en œuvre du Parcours Educatif de santé en y associant les familles, la communauté éducative et les professionnels de santé, les acteurs publics, et associatifs des champs de la prévention du périscolaire.

**Une présence renforcée dans les périodes de transition, les moments de risques de rupture dans le parcours de vie du jeune.** Une culture partagée entre les personnels de l'éducation nationale, et le secteur de santé afin de mieux interpréter les signes de fragilité, ou de souffrance, des interventions simples, précoces, coordonnées entre acteurs doivent permettre d'éviter de surmédicaliser ces situations qui peuvent avoir des origines diverses : questionnement identitaire, isolement, décrochage et difficultés scolaire, familiales, conduites à risques. Elles viseront aussi à désengorger certaines structures comme les centres médico psychologiques, les centres médico psycho pédagogiques ou les services hospitaliers de pédopsychiatrie, destinés à prendre en charges des situations plus complexes et plus aigües.

### **La santé de jeunes : levier de réduction des ISTS**

Il faut agir sur les déterminants qui pèsent sur le jeune directement à travers son rapport à l'éducation, à l'insertion et indirectement par le biais de sa famille (niveau de revenu, nature du logement, ...) ainsi que sur le système d'accès aux droits et à la santé. Il est nécessaire de replacer le cadre de l'intervention pour la santé des jeunes dans une approche territorialisée (zones considérées comme socialement défavorisées, quartiers politiques de la ville) et de privilégier une approche partant des publics prioritaires (jeunes en insertion, étudiants salariés, jeunes en situation de handicap..).

Dans ce cadre, une attention particulière est portée aux actions visant à favoriser le respect de la différence (y compris de la diversité sexuelle) et prévenir les attitudes, paroles et comportements discriminatoires et stigmatisants ainsi que leurs conséquences chez les jeunes.

### **L'adaptation de l'offre de soins aux spécificités de l'adolescence et du jeune adulte**

La prise en charge des adolescents nécessite des compétences et organisations sanitaires spécifiques (service de pédiatrie avec des prises en charge globales répondant à l'ensemble des besoins au - delà du soin) Les coopérations doivent être développées entre pédiatres, psychologues, éducateurs, professionnels des soins primaires : médecins généralistes, médecins scolaires.

### **La transition adolescents/ adultes : la question du passage de témoins entre acteurs de la prise en charge**

A 16 /18 ans, cette transition se fait difficilement s'agissant des soins somatiques et du SSR qu'il s'agisse des maladies chroniques, mais aussi du passage à la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte avec des risques de ruptures de parcours, de décompensations. Plusieurs propositions peuvent être développées dans la cadre du PRS2 : penser la transition en partenariat, organiser des consultations de transition, co-construire des parcours, un protocole de suivi partagé.

### **3. Objectifs formalisés**

Intégrer les compétences psycho sociales dans les programmes d'éducation à la santé et à la citoyenneté, de prévention des conduites à risques.

.Assurer la disponibilité d'une offre d'accueil de premier recours dans tous les départements, via les Maisons des Adolescents, et d'un système de référence identifié pour les cas les plus complexes.

Développer des alliances entre les acteurs de l'éducation et de la santé dans les trois académies permettant :

- a) d'améliorer le repérage précoce des jeunes en situations de vulnérabilités et de les orienter vers une prise en charge adaptée (éducative, sociale, sanitaire, ...)
- b) l'extension de programmations communes et partagées à l'échelle territoriale en promotion de la santé

#### 4. Principales stratégies d'intervention

##### **AXE 1. AMELIORER L'ORGANISATION DES PARCOURS**

###### **1. Renforcer les dispositifs de repérage-précoce des jeunes en situation de vulnérabilité**

La plupart des troubles psychiques se déclarent avant 14 ans. Il est donc essentiel de mieux interpréter les signes de fragilité ou de souffrance des jeunes et de favoriser le travail en réseau entre les acteurs de la santé scolaire, universitaire, de l'insertion et de la santé. C'est dans ce cadre qu'a été initiée en 2016/2017, la Mission bien-être et santé des jeunes, sur l'Académie de Versailles : une démarche de coopération et de plaidoyer entre acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs. Il est proposé de modéliser cette démarche d'association des acteurs du territoire au repérage précoce, à l'écoute, et à l'orientation des jeunes en situation de mal être, d'étendre les bonnes pratiques identifiées au niveau régional dans les deux autres académies (Paris, Créteil) et de développer des projets territoriaux sur les trois Académies.

###### **2. Faire des MDA des têtes de réseaux territoriales pour développer des projets adolescents**

Les MDA ont vocation à animer et coordonner les acteurs de l'adolescence d'un territoire, à organiser la sensibilisation et les partages d'expertises, à développer une veille sur les problématiques de l'adolescence. Cela suppose de développer leur ancrage territorial, à la fois en continuant à étendre leur présence dans les territoires, via l'organisation de dispositifs avancés, et en renforçant leur partenariat avec les autres acteurs éducatifs et de santé (notamment la pédopsychiatrie et l'offre libérale, les Points accueil écoutes jeunes, la PJJ, l'ASE, les collectivités locales ... sur la promotion de la santé, la prévention du décrochage scolaire, l'accès aux soins. Le positionnement et le fonctionnement des Maisons des adolescents doit aussi devenir plus lisible aux jeunes et aux familles et aux acteurs des territoires.

**3. Renforcer la mobilité des dispositifs en place par des actions «d'aller vers»** des jeunes qui ne viennent pas facilement et spontanément vers les dispositifs de prévention, repérage, orientation soins : mise en place de consultations avancées de CJC (Consultations de jeunes consommateurs) en matière de prévention des addictions, développement d'antennes et de permanences dans les territoires mal couverts par les MDA, les Cegidd.- dans le cadre notamment de la stratégie nationale de santé sexuelle.

**4. Développer et renforcer les parcours de soins et l'accompagnement des adolescents atteints de maladies chroniques fréquentes (Obésité, asthme) coordonnées par le médecin de premier recours dans le cadre des réseaux dans certains territoires.** Des parcours de soins sont à développer pour les maladies spécifiques (type mucoviscidose) coordonnés par des équipes spécialisées.

##### **AXE 2 AMELIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS ET LA QUALITE DES REPONSES**

**5. Consolider le partenariat d'étude avec l'ORS (mission observation de la santé des jeunes) pour réaliser un tableau de bord territorialisé de la santé des jeunes 12/25 ans** couvrant les différents niveaux géographiques et partagé par les acteurs des politiques publiques.

**6 .Expérimenter pour une période de trois ans un dispositif assurant l'accès gratuit à des consultations de psychologues cliniciens pour les adolescents et jeunes adultes (11/21 ans)**

Cette mesure inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2017 s'appliquera en Île de France sur 6 territoires dans deux départements : les Yvelines et le Val d'Oise. Elle fera l'objet d'une évaluation globale afin d'en mesurer l'efficacité dans une perspective de développement à une plus large échelle.

### **7. Développer les interventions vers les catégories de jeunes à fort besoin de soutien santé pour leur insertion sociale et professionnelle :**

- Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des jeunes en insertion accueillis en missions locales, en écoles de la deuxième chance, en foyer de jeune travailleur en partenariat avec l'Assurance Maladie (extension, appropriation du dispositif Parcours Santé Jeunes). Dans le cadre du PRS et de la stratégie nationale de santé sexuelle, il s'agira de continuer à développer des actions de promotion de la santé, de renforcer les liens en matière de repérage/orientation avec la médecine de ville, les centres de santé, les MDA, consultations jeunes consommateurs, Ceggid, CMP et de soutenir la mise en place de conseillers professionnels -référents santé en appui des professionnels de la Mission locale.

- Améliorer la santé des étudiants qui sont souvent de fait éloignés des services de santé et se trouvent dans une situation de rupture de prise en charge ou de renoncement aux soins pour des raisons financières. Nous mettrons l'accent sur des actions de promotion de la santé ciblée (santé sexuelle, santé mentale, addictions), sur la réduction des obstacles financiers aux soins, en particulier pour les spécialités à forte présence de secteur 2 : gynécologie, et sur l'amélioration du système de soins de première ligne en développant les partenariats entre les Services de santé Universitaires et les structures polyvalentes de proximité (Centre de santé).

**8. Améliorer la réponse hospitalière au niveau des urgences et de la prise en charge des situations de crise des jeunes** qui y sont souvent surreprésentés par rapport aux autres catégories de populations en tenant compte du tempo de la crise et en développant des solutions de l'aval : formation des équipes, réflexion sur les prises en charge d'aval.

### **AXE 4 : POUVOIR D'AGIR -PERMETTRE A CHAQUE FRANCILIEN D'ETRE ACTEUR DE SA SANTE**

**9. Développer la prévention par les pairs** avec la définition d'un cadre et d'un protocole d'intervention au niveau territorial en s'appuyant sur les associations et structures existantes (ex dans les établissements scolaires :CESC, Conseils de vie collégiens et lycéens).

### **AXE 5 : LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES**

**11. Structurer une stratégie de coordination des politiques publiques visant à la mise en cohérence des interventions des acteurs concernant les jeunes les plus vulnérables socialement**, notamment les jeunes majeurs non soutenus familialement, scolarisés ou déscolarisés, pour certains en grande précarité (avec des difficultés pour se nourrir, se loger) par une action concertée (Conseils départementaux, le conseil régional, l'ASE...). Il est également indispensable d'étendre la stratégie de bientraitance dans les relations adultes/ jeunes, dont les relations dans le cadre éducatif.

## Santé et autonomie des personnes handicapées

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée :

Les projections démographiques à horizon 2025 montrent un accroissement de la population de l'Île-de-France avec un sous équipement persistant de la région (**Taux d'équipement global de 4,15°/°° Île-de-France contre 5,16 °/°° France entière, avec un écart de 0,32 points sur le champ du handicap adulte et de 2,3 points pour l'enfance handicapée**). Par ailleurs, la région doit faire face plus que d'autres à un contexte socio démographique qui majore de fait les besoins (migration / forte inégalité sociale – territoriales / importance des familles monoparentales / durée des déplacements domicile travail).

Dans le champ du handicap, la stratégie quinquennale met en avant l'évolution des besoins exprimés par les personnes en situation de handicap et indique que la réponse sous forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes. La réponse aux besoins d'accompagnement va désormais se construire d'abord dans le cadre de dispositifs inclusifs. Elle va nécessiter également une transformation systémique des pratiques de tous les acteurs du handicap concernés par la Réponse accompagnée pour tous afin de transformer l'offre et de construire des solutions d'accompagnement avec les personnes et leur familles.

#### 1.2 Principales problématiques de santé

Or des difficultés voire des déficits d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, tous âges et tous handicaps confondus, sont constatées particulièrement pour celles accueillies en établissements médico-sociaux. C'est le cas en particulier pour les soins de premier recours mais également pour les soins bucco-dentaires et les soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap.

Par ailleurs, quel que soit le type de handicap, les établissements sont confrontés à la question du vieillissement des personnes handicapées.. Chez les personnes handicapées, ces effets consistent en l'apparition d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap, d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge et d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie.

#### 1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La campagne « Tableau de bord ANAP » menée en 2015 auprès de l'ensemble des établissements du champ du handicap a permis d'identifier plusieurs points de vigilance concernant les professionnels de ces établissements : un taux d'absentéisme de 8,9% qui est cependant plus élevé dans les établissements où la charge en soin est importante (polyhandicap notamment, 13%) ; un taux de turn-over important (20%) et des difficultés de recrutement avec un taux d'ETP vacant estimé à 3,4%. Le secteur est particulièrement concerné par des problématiques d'attractivité, de fidélisation des personnels et de qualité de vie au travail. Un manque de ressources médicales est souvent constaté, particulièrement concernant les psychiatres. Ce manque de ressources médicales est aggravé par le manque de professionnels de ville tels qu'orthophonistes et kinésithérapeutes. Le manque de formation au handicap des professionnels de ville est également un facteur aggravant.

La période du PRS 2 sera marquée par le virage inclusif des accompagnements. Celui-ci majorera le recours des personnes handicapées aux professionnels de ville. Ceux-ci devront être accessibles. Il sera nécessaire de définir une politique de formation régionale, pour accompagner les professionnels de ville et des établissements médico-sociaux à un meilleur travaillé ensemble.

## 2. Finalités de l'action sur la période du PRS 2

L'objectif premier, qui structurera la stratégie de l'ARS sur la durée du Schéma régional de santé, sera de changer le regard de la société sur le handicap, de lever les obstacles à l'autonomie de la personne, d'accompagner le mouvement de désinstitutionalisation attendu par les personnes en situation de handicap et leurs familles.

C'est un modèle résolument inclusif que le SRS va promouvoir, en soutenant des politiques d'accompagnement des capacités de chacun, tout en veillant à l'égalité et l'équité. La dimension inclusive se situe là, avec l'émergence d'un « droit commun accompagné », ce qui revient à penser l'accompagnement des personnes handicapées comme la voie pour accéder aux politiques de droit commun, comme un modèle de l'action publique à conduire en de nombreux domaines, et notamment la santé.

La compétence première est celle de la personne handicapée. L'objectif porté est non pas de travailler pour les personnes handicapées, mais avec elles, pour donner sens à la revendication essentielle exprimée dans l'interpellation qui nous est faite « Jamais rien pour nous sans nous ! ». Il est impératif de ne plus seulement partir des besoins de la personne, « que pouvons-nous faire pour vous ? », mais d'être plus exigeant en partant de la compétence première de la personne, pour une conjugaison avec les compétences professionnelles.

Reconnaître que la personne handicapée a toujours son mot à dire, cela signifie cependant un temps de l'information et du dialogue suffisamment long et profond pour permettre une réelle expression de la personne. C'est évidemment un questionnement éthique profond que la question de l'autodétermination et du choix, pour des personnes ayant d'importantes déficiences intellectuelles. Là où dans nos politiques dominait un paradigme de protection et de soutien, l'une des questions devient également de savoir comment il est possible de permettre à chacun de porter son désir d'autonomie, décisionnelle et fonctionnelle, sans renoncer aux protections qui sont nécessaires.

Mais parler d'inclusion, c'est accepter de se confronter à ces questionnements. Et même si la tentation est forte pour accéder à ce discernement-là de se défaire du chronomètre et d'une activité soutenue, il faudra néanmoins maintenir les efforts en ce sens. Dans notre région où tant de solutions manquent encore pour répondre aux besoins, utiliser toutes nos solutions est un devoir premier.

Cette stratégie n'a évidemment pas pour objectif à terme la disparition des réponses médico-sociales traditionnelles. Ce sont les établissements et l'ensemble de leurs professionnels qui sont les mieux qualifiés pour réussir cette ouverture et c'est eux qui opéreront, avec l'appui de l'ARS, le changement attendu.

Pour ce faire l'Agence lancera en direction de l'ensemble des opérateurs de l'Île de France et de leurs partenaires sanitaires et sociaux dans les territoires, un large Appel à manifestation d'intérêt pour faire émerger et mettre en œuvre sur la durée du SRS d'au moins 5000 solutions nouvelles permettant de développer l'autonomie des personnes en situation de handicap. Il laissera un vaste champ à la créativité des gestionnaires puisque l'inclusion et l'innovation en seront les principes conducteurs.

Cette dynamique sera accompagnée de la création d'un Espace « Handicap innovation » pour une meilleure connaissance des solutions innovantes pour la dignité, l'autonomie et l'inclusion réussie des personnes en situation de handicap. Il s'appuiera sur le concours de personnes en situation de handicap, d'acteurs de terrain (professionnels, aidants, gestionnaires), de personnalités qualifiées et de chercheurs qui engageront une dynamique de réflexion collective pour donner corps à l'ambition d'inclusion et lever les obstacles (financiers, juridiques) à celle-ci.

### 3. Objectifs formalisés

**Objectif 1** : faire en sorte que chaque personne handicapée puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins et à ses souhaits ;

**Objectif 2** : réduire les inégalités territoriales de santé en répartissant les mesures nouvelles, en fonction des besoins de la population (indice global de besoin) et de l'offre existante (indice populationnel pondéré par l'indice global de besoin).

### 4. Principales stratégies d'intervention

#### **Axe 1- Améliorer l'organisation des parcours sur le territoire**

L'accompagnement des personnes en situation de handicap tout au long de leur vie constitue un enjeu fort impliquant l'ensemble des acteurs de la politique du handicap. Ainsi, l'accompagnement des situations individuelles critiques en lien avec les MDPH et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap constitueront des axes majeurs du futur PRS. Elles s'inscrivent dans le cadre de la « Réponse accompagnée pour tous ». La notion de parcours se déclinera selon trois axes :

##### 1.1- Garantir à chaque personne en situation de handicap un parcours de vie adapté.

- a. dépister et accompagner de manière précoce les jeunes en situation de handicap, notamment dans le champ de l'autisme ;
- b. permettre une scolarisation et une inclusion en milieu scolaire des enfants handicapés ;
- c. accompagner les adolescents et les jeunes adultes en situation de handicap lors des périodes de transition ;
- d. accompagner par des mesures adaptées le vieillissement des personnes handicapées ;
- e. favoriser l'insertion et la formation professionnelle des personnes en situation de handicap

##### 1.2- Organiser la réponse territoriale en termes d'intégration et de coordination pour les parcours complexes et/sans solution

- a. contribuer à la mise en place du dispositif d'orientation permanent en portant le déploiement du système d'information des orientations (répertoire opérationnel des ressources médico-sociales couplé à l'outil ViaTrajectoire) ;
- b. déployer une réponse territorialisée de l'évolution de l'offre, avec le développement de partenariats institutionnels et la mise en place d'une Equipe Relais Handicap rare ;
- c. prévenir les ruptures de parcours à l'entrée et à la sortie de l'hôpital et déployer le dossier de liaison unique (DLU) dans tous les ESMS ;
- d. prévenir les ruptures de parcours à domicile.

##### 1.3- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

- a. Développer les soins de premier recours (soins somatiques, soins bucco-dentaires et prise en charge gynécologiques pour les femmes handicapées) ;
- b. Adapter l'accueil aux urgences ;
- c. Développer l'intervention de l'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins palliatifs en établissements médico-sociaux.



## **Axe 2 -Améliorer la réponse aux besoins de la population**

Quatre axes prioritaires d'amélioration sont d'ores et déjà identifiés:

### 2.1 Poursuivre la réduction des inégalités territoriales ;

- a. Identifier les besoins et prioriser les territoires ;
- b. Déployer un système d'information des orientations partagé par l'ensemble des acteurs de la démarche Réponse accompagnée pour tous dans tous les territoires ;
- c. Construire un outil d'aide à la planification et à la restructuration de l'offre.

### 2.2- Améliorer la réponse qualitative en termes d'accompagnement

a. Identifier les priorités croisées pour tous les types de handicap, en améliorant notamment la lisibilité et la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social ; Le lien avec la psychiatrie sera particulièrement recherché notamment pour :

- 1) Les personnes avec autisme en :
  - i. constituant un recours en termes de prise en charge de l'urgence et de la crise pour les personnes avec autisme ;
  - ii. développant une complémentarité avec les établissements médico-sociaux dans l'accompagnement des personnes avec autisme ;
  - iii. identifiant des opérations de fongibilité possible entre hôpitaux de jour psychiatriques pour enfants autistes et instituts médico-éducatifs.
- 2) les personnes avec des troubles psychiques en :
  - i. identifiant les séjours inadaptés (supérieurs à 270 jours) ;
  - ii. soutenant financièrement le développement de l'habitat inclusif ;
  - iii. proposant des opérations de fongibilité permettant :
    - la création d'équipes mobiles ;
    - la création de SAMSAH ;
  - iv. positionnant l'hôpital comme recours pour les soins et en phase aiguë de crise, ou pour les réévaluations.

b. Améliorer la prise en charge qualitative par type de déficience, notamment les troubles du spectre autistique, le handicap psychique, le polyhandicap, le handicap rare, le handicap neurologique, les déficiences sensorielles et les troubles du comportement.

### 2.3- Accompagner la mutation du secteur médico-social en faveur de prises en charges plus souples, évolutives et davantage tournées vers le domicile

1. Tester de nouveaux modes d'accompagnement pour favoriser le maintien à domicile et notamment, les services, les équipes mobiles, les pôles de compétences et de prestation externalisée, les dispositifs intégrés adaptés au champ du handicap ;
2. Accompagner la réforme des autorisations des établissements médico-sociaux.

### 2.4-Améliorer l'efficience des établissements médico-sociaux et la restructuration du secteur par la généralisation des CPOM.



### **Axe 3 - Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation**

Dans le champ du handicap, l'objectif est de :

3.1- Poursuivre le déploiement de la télémédecine (téléconsultations et télé-expertises) dans les établissements médico-sociaux, en accompagnant la pérennisation des projets en cours d'expérimentation dans le champ du handicap (autisme, polyhandicap), en promouvant la mise en place de nouveaux dispositifs sur des thématiques telles que la neuropédiatrie, les soins somatiques et d'autres spécialités médicales (dermatologie).

3.2- Développer des systèmes d'information au service de la coordination et des parcours, y compris des parcours complexes

3.3- Développer des modalités organisationnelles innovantes de prise en charge et du parcours de la personne en situation de handicap sur la base d'expérimentations menées et permettre ainsi le déploiement d'une nouvelle offre sur la base d'une modélisation (prise en charge des Prader Willi, par ex.)

### **Axe 4 - Rendre chaque Francilien acteur de sa santé**

L'objectif est de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) auprès des personnes en situation de handicap sur des thématiques prioritaires :

4.1. L'accès aux soins bucco-dentaire, avec la formation et l'information à la santé buccodentaire des personnes handicapées, des aidants et des professionnels avec à terme, la formation d'un référent bucco-dentaire dans chaque ESMS en Île-de-France.

4.2- l'accès aux soins gynécologiques pour les femmes handicapées, grâce à l'intervention de sages-femmes en établissements médico-sociaux, pour assurer une formation des femmes handicapées à la prévention, à la sexualité, et assurer une mission de prévention auprès de cette population, notamment de violences faites aux femmes.

### **Axe 5 Mobiliser les politiques publiques au service de la santé**

La mobilisation des politiques publiques en faveur du handicap se décline en deux objectifs :

5.1.- En lien avec l'objectif stratégique d'inclusion de la personne handicapée dans la cité, créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement, favorables à la santé des enfants et des adultes d'une part, compatibles avec toute situation de handicap d'autre part.

5.2- Poursuivre les actions de plaidoyer en faveur des personnes handicapées en lien avec la CRSA médico-sociale, et notamment systématiser les évaluations d'impact en santé pour les publics en perte d'autonomie dans les grandes opérations d'aménagement ou de construction.

## Santé et autonomie des personnes âgées

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée :

Les projections démographiques à 2030 montrent une croissance très importante des personnes âgées (+52 % pour les 75 ans et plus, et + 56 % pour les 85 ans et plus). En 2014, la région Île-de-France compte plus de 776 000 personnes âgées de 75 ans et plus et plus de 228 000 personnes âgées de 85 ans et plus. L'augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans ne sera pas homogène, la grande couronne étant plus marquée par cette évolution (+ 40% de 2010 à 2030 contre + 22 % à Paris).

Les personnes âgées dépendantes représentent près de 19 % de la population francilienne de plus de 75 ans. La majeure partie d'entre elles (59 %) vit au domicile et potentiellement un quart de ces personnes vit seul. L'association des aidants naturels est essentielle, sachant que la moitié d'entre eux ont le même âge que le conjoint aidé, et que leur implication a souvent des conséquences dramatiques sur leur propre état de santé.

Le nombre de personnes évaluées comme dépendantes augmenterait de 3000 personnes / an.

#### 1.2 Principales problématiques de santé

En schématisant, la première maladie chronique apparaît souvent vers l'âge de 65 ans et l'âge de 75 ans à partir duquel se concentre les gains en espérance de vie, est souvent celui de la poly-pathologie, le risque de perte d'autonomie s'aggrave autour de 85 ans. Plus spécifiquement, 200 000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies associées sont recensées (cf. la priorité thématique « maladies neurodégénératives »).

La population âgée se caractérise par une forte consommation de soins de ville et hospitaliers. La part des séjours en hospitalisation complète de patients de 75 et plus représente 19 % des séjours MCO versus 6 % de la population en Île-de-France et cette augmentation se concentre sur les 85 ans et plus (+11% en 3 ans). Avec comme caractéristiques une entrée plus fréquente par les urgences (près de 70 % des séjours hospitaliers de 85 ans et plus), des durées de séjours plus longue, et avec un recours plus fréquent à différentes facettes de l'offre hospitalière (SSR, HAD, Hôpital de jour).

Ce double défi démographique et épidémiologique oblige le système de santé à s'organiser en décloisonnant les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

#### 1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La démographie de géiatres est fragile : il existe des difficultés de recrutement notamment en grande couronne, il en est de même pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Le déficit de médecins traitants a un impact direct sur la prise en charge des personnes âgées fragilisées.

Il est enfin nécessaire de travailler sur la démographie des professionnels de la gérontologie, afin de conforter les politiques publiques de la formation et de l'emploi dans ce secteur créateur d'emplois (sur la durée du PRS 1, plus de 3 300 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants ont été créés dans le secteur médico-social).

## 2. Sens de l'action à conduire

**L'organisation du parcours de santé des personnes âgées** doit s'appuyer sur une offre territorialisée et décloisonnée pour permettre aux usagers d'accéder à une réponse graduée, tenant compte des spécificités liées à l'âge.

Il est indispensable de fédérer les acteurs d'un même territoire autour d'une feuille de route commune, fruit d'une animation territoriale structurée, permettant de gagner en lisibilité d'action des différents professionnels et de prévenir les ruptures de parcours.

**Le renforcement de l'accompagnement à domicile** est une priorité au cours des années à venir, afin de retarder voire d'éviter l'entrée en établissement et de respecter le libre choix des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile.

Pour ce faire, il convient d'agir sur le développement de l'offre en soins pour le soutien de la vie à domicile, par des services d'aide et de soins ou par le recours à des accueils temporaires et de répit en établissement. Il faut aussi offrir des services spécialisés pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et leurs aidants et expérimenter des solutions innovantes d'accompagnement à domicile. Cela implique une évolution du rôle du secteur médico-social et notamment **des établissements qui sont une ressource majeure pour le territoire**.

Cela passe par une ouverture des établissements vers les solutions numériques, facilitant l'accès à des spécialités médicales, vers un réseau territorial de professionnels hospitaliers et libéraux et par des stratégies de regroupement, de restructuration pour une plus grande efficacité.

## 3. Objectifs formalisés

1/ Réduire les disparités d'offre gérontologique entre les départements afin de garantir un accès plus équitable de proximité pour l'ensemble des Franciliens.

2/ Accroître la qualité des réponses médico-sociales liées à l'évolution des besoins des personnes âgées très dépendantes afin de limiter les hospitalisations évitables

- Augmentation de la proportion de résidents en EHPAD bénéficiant d'une continuité des soins la nuit
- Augmentation de la proportion de résidents en EHPAD bénéficiant d'une prise en charge dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur

3/ Diminuer la iatrogénie chez les personnes âgées :

- Iatrogénie médicamenteuse : diminution en EHPAD de la part des personnes de plus de 75 ans avec plus de 7 molécules dispensées
- Iatrogénie liée à l'hospitalisation : augmenter la part des interventions pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur dans des délais < à 48 h et développer les organisations pluridisciplinaires gériatrie/chirurgie.

#### 4. Principales stratégies d'intervention

##### **Axe 1 : AMELIORER L'ORGANISATION DES PARCOURS SUR LES TERRITOIRES**

###### **I- Fédérer les acteurs de la prise en charge des personnes âgées autour d'une feuille de route territoriale commune**

L'animation territoriale est une clé de voute de l'organisation du parcours à l'exemple de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) qui facilite un travail de formalisation et d'harmonisation des outils de communication et d'échanges d'informations médicales et sociales autour du patient.

Il convient de rendre plus cohérente et lisible l'action des acteurs et professionnels de la coordination et de l'intégration sur les territoires en regroupant leurs différentes missions pour aller vers une simplification de l'organisation, y compris au-delà des barrières d'âge ou des approches par pathologie.

Pour **les situations les plus complexes** qui mettent en échec les différents professionnels impliqués autour de la personne âgée et de leur entourage, des professionnels dédiés peuvent venir en appui.

###### **II – Prendre en compte les spécificités liées à l'âge dans le parcours de soin**

Le système de santé doit promouvoir une organisation capable d'inventer des circuits valorisant une approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelles.

- Améliorer l'accès à l'avis gériatrique en ambulatoire (hôpital de jour, consultations), et durant le séjour hospitalier au moyen de filières de soins gériatriques structurées
- Promouvoir des stratégies de repérage et de prise en charge des problématiques gériatriques, à l'entrée (notamment aux services d'urgence) et à la sortie de l'hôpital (assurer le lien avec la ville et le secteur médico-social via des outils de communication, de signalement et de suivi)
- Affirmer le principe de gradation des soins et favoriser les organisations «inter-filières» avec d'autres spécialités médicales notamment avec les filières cardiologie, oncologie, chirurgie, psychiatrie

##### **Axe 2 : AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION**

Il s'agit d'organiser une réponse territorialisée dans une logique de parcours, en développant une offre nouvelle sur les territoires les moins bien dotés et en faisant évoluer l'offre existante.

###### **I - Poursuivre la réduction des inégalités territoriales**

Il existe de grandes disparités de dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées entre les départements franciliens, dues à des équipements et des coûts historiques différents.

Afin d'améliorer l'équité d'accès à l'offre et réduire ces inégalités territoriales, **une méthode de priorisation des territoires** a été réalisée en intégrant les dynamiques démographiques et épidémiologiques confrontées à l'ensemble de la ressource assurance maladie mobilisée sur le parcours de santé (actes IDEL auprès des 75 ans et plus, EHPAD, accueils de jour, SSIAD, HAD, SSR gériatrique, USLD, court séjour gériatrique). Une fois ces territoires départementaux définis, les moyens nouveaux seront attribués à ceux apparaissant comme les plus prioritaires. En l'absence de mesures financières nouvelles, la stratégie devra se porter sur les effets des restructurations en cours ou à venir (par regroupement, extension, fusion) afin d'optimiser les ressources locales, en partenariat avec les institutions concernées.

## II – Améliorer l'efficacité des établissements et services médico-sociaux / dispositifs sanitaires gériatriques

Le secteur médico-social doit intégrer les **nouvelles réformes** budgétaires et contractuelles (passage à l'EPRD et signature de CPOM) qui auront un effet restructurant.

Cette **logique d'efficacité du système** devra être renforcée en s'appuyant davantage sur la capacité de gestion et de pilotage des gestionnaires, avec par exemple la recherche de mutualisations des ressources et compétences entre établissements et services.

Par ailleurs, cela permettra aux établissements de proposer un service rendu de meilleure qualité, avec notamment l'accès à une pharmacie à usage intérieur et la possibilité d'attirer certains professionnels dans des secteurs d'activités en tension (médecins traitants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes).

## III – Accompagner la mutation du secteur médico-social et sanitaire en faveur de prises en charges plus souples, évolutives et davantage tournées vers le domicile

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés :

- Tester de **nouveaux modes d'accompagnement** dans le secteur médico-social pour favoriser le maintien à domicile, tels que des accueils de jours itinérants, des plateformes d'accueils temporaires offrant du temps de répit aux aidants, et les EHPAD dits « hors les murs » offrant une palette de services intégrés au domicile.
- **Déployer les expérimentations** ayant fait leurs preuves par extension ou en ciblant des territoires prioritaires : le déploiement de la continuité des soins en EHPAD par une présence ou astreinte infirmière s'engage progressivement sur la région, les SSIAD dits « renforcés » permettent quant à eux à des personnes âgées très dépendantes de continuer à vivre chez elles.
- Dans le champ sanitaire, il convient de **repenser la place des USLD et du SSR** dans le parcours de soins en lien avec les établissements médico-sociaux, notamment en testant des unités de soins prolongés complexes pour les malades le plus lourds

### **Axe 3 : FAVORISER UN EGAL ACCES ET PRECOCE A L'INNOVATION**

S'appuyer sur le partenariat avec le Gérontopôle d'Île-de-France, **Gérontif**, pour promouvoir la recherche, la recherche et l'évaluation en gérontologie.

S'appuyer sur les **gérontechnologies** pour faciliter la vie à domicile des personnes dépendantes.

### **Axe 4 : RENDRE CHAQUE FRANCILIEN ACTEUR DE SA SANTE**

S'appuyer sur les **patients et les aidants experts** à des fins pédagogiques, tant pour les usagers (partage d'expériences, groupes d'entraide, café des aidants) que pour les institutionnels (focus groupe...) ou pour la formation des professionnels de santé.

Soutenir les **actions en faveur des aidants**, via les plateformes d'accompagnement et de répit et des actions lancées conjointement avec la CNAV, en relai des leviers mobilisables auprès de la conférence des financeurs.

Renforcer le pouvoir d'agir individuel en sensibilisant sur la fin de vie et l'intérêt des **directives anticipées**.

### **Axe 5 : MOBILISER LES POLITIQUES PUBLIQUES AU SERVICE DE LA SANTE**

Intégrer des **actions de prévention** tout au long du parcours de santé en s'appuyant sur un travail partenarial avec tous les acteurs institutionnels, via les Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Déployer une stratégie régionale, pour **accroître la lisibilité et l'accessibilité l'offre de prévention** de proximité. Les dimensions de l'habitat et des aides techniques devront faire l'objet d'une attention particulière s'appuyant sur la dynamique promue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Ces partenariats sont également structurés par des conventions cadres avec les acteurs de l'assurance retraite et de l'assurance maladie dans le cadre du Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age et de la convention avec le PRIF (Prévention Retraite Île-de-France).

Ils s'articulent notamment par l'échange et l'analyse conjointe de données, la diffusion de référentiels et la structuration d'une offre d'évaluation et de recherche.

## Santé mentale

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée

La politique de santé mentale en Ile de France s'inscrit dans un continuum qui englobe la bonne santé mentale, la souffrance psychique aigüe ou durable, la maladie psychique, la maladie chronique, le handicap psychique. Elle concerne toute la population à des degrés divers et implique de nombreuses interfaces entre promotion de la santé et prévention / offre de soins / accompagnement. D'un côté, en termes de promotion de la santé, elle cherche à développer les attitudes, les conditions de vie et d'environnement individuels et collectifs favorables à la santé mentale. D'un autre côté, les prises en charge en termes de prévention, de dépistage, de suivi des parcours de soins visent à réduire l'impact des troubles psychiques et des troubles liés aux addictions tant pour les personnes touchées que pour la société.

Les politiques de santé mentale doivent prendre en compte les déterminants socio-économiques et environnementaux tels que la pauvreté, la discrimination, les faibles niveaux d'instruction et l'instabilité économique. En Ile de France, l'importance de ces facteurs a été mise en évidence notamment autour :

- d'une grande diversité des situations de dégradations de l'habitat - qui augmentent le risque, entre autres, de problèmes psychiques - mais dont deux problématiques se distinguent par l'ampleur des besoins d'intervention qu'elles recouvrent : l'habitat indigne et les copropriétés dégradées ou vulnérables<sup>26</sup>
- de la nécessité de renforcer la protection de la santé émotionnelle des familles monoparentales, notamment celle des enfants, confrontées à l'absence prolongée de domicile fixe<sup>27</sup>
- du phénomène d'exclusion générée par les troubles mentaux, un tiers des personnes sans abri souffrant de troubles psychiques graves<sup>28</sup>.
- des spécificités de la région telles que la part plus importante des migrants, la part plus importante des étudiants, la perception plus aigüe du psycho-traumatisme.

Pour le système de soins, les prises en charge pour maladies psychiques et les traitements par psychotropes représentent le premier poste de dépenses (22,5Mds€) de l'assurance maladie et touchent 13% des personnes couvertes. En Ile de France, le recours aux soins psychiatriques des établissements de santé concerne 378.000 personnes par an; le recours aux psychiatres libéraux concerne 316 000 personnes; 225 700 Franciliens ont une reconnaissance ALD 23; enfin, la part des motifs psychiatriques dans le recours au médecin généraliste est mal documentée mais des enquêtes montrent que cela s'inscrit en tête de leurs préoccupations.

Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des Franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale (indice 0,85). Cependant, malgré la densité de professionnels, le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale.

Mais, avant tout, la situation régionale se caractérise par l'amplitude des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques, quelle qu'en soit la modalité. Ainsi, la comparaison des taux de recours des habitants des 8 départements donne (pour une moyenne régionale =à 1) des indices allant :

- De 0,83 (77) à 1,16 (75) en hospitalisation temps plein,<sup>29</sup>
- De 0,52(91) à 1,65 (75) en hospitalisation temps partiel,
- De 0,49 (95) à 1,7 (75) pour les actes ambulatoires,
- De 0,7 (93) à 1,7 (75) pour les psychiatres libéraux.<sup>30</sup>

<sup>26</sup> Diagnostic préalable à l'élaboration du schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, Institut d'aménagement et d'urbanisme – IAU, 2015

<sup>27</sup> Enquête Enfams, Observatoire du Samu social de Paris, 2014

<sup>28</sup> Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011

<sup>29</sup> Source ATIH, indice standardisé 2016 de consommation des résidents de chaque département par rapport à la moyenne régionale, en journées (pour les séjours) ou en actes ambulatoires.



Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires.

Concernant les structures médico-sociales adultes (MAS, FAM, SAMSAH) spécifiquement dédiées au handicap psychique, le nombre de places s'élève à 2376, représentant un taux d'équipement de 0,36 pour 1000 habitants de plus de 20 ans, soit environ 23% de l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap. On note de fortes disparités entre départements, ceux de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne enregistrant un taux d'équipement très supérieur à la moyenne régionale. A l'inverse, les Hauts-de-Seine disposent de peu de places dédiées au handicap psychique. Certains départements sont par ailleurs très déficitaires en SAMSAH (Essonne, Hauts-de-Seine, Paris et Val-d'Oise)

Sur la période du nouveau schéma régional, les évolutions démographiques des territoires franciliens vont rester divergentes et risquent de creuser les écarts au détriment de ceux où les taux de recours sont déjà plus faibles.

Par ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les usagers de drogues et réciproquement. Les prévalences du VIH et du VHC sont également plus importantes dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale. Les troubles psychiatriques sont également associés au maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogues.

### 1.2 Principales professions concernées : état des lieux et projections

En Ile de France, l'offre de soins spécialisée est plus élevée qu'en moyenne nationale : 4925 psychiatres et pédopsychiatres y exercent fin 2015 (source RPPS) ; ce nombre n'a pas baissé jusqu'à cette date ; le nombre de psychologues était de 13481 (source Adeli), celui des orthophonistes de 4582. Cependant, la répartition de ces professionnels sur la région est fortement inégale : en 2015 la densité de psychiatres pour 100.000 habitants va de 99 (Paris) à 16 (Seine et Marne), la densité de psychologues va de 198 (Paris) à 76 (Seine Saint Denis).

La période 2018-2022 verra la décreue du nombre de psychiatres et en particulier de pédopsychiatres. Le défi de la réduction des inégalités infra régionales sera d'autant plus difficile à relever.

Par ailleurs, la Loi de modernisation de notre système de santé de 2016 inscrit les acteurs de la prévention, de l'éducation, du logement, de l'hébergement et de l'insertion dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

## 2. Sens de l'action à conduire

Il ne s'agit pas d'un plan d'action détaillé mais d'un cadre proposé au niveau régional, à décliner et à adapter dans les projets territoriaux de santé mentale, avec quelques principes d'action aidant à définir les objectifs prioritaires :

- **soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes**

Promouvoir le respect et les droits des personnes, et développer leur pouvoir d'agir (empowerment individuel et collectif) passe d'abord par l'information des citoyens et des usagers ; le public jeune doit être la cible prioritaire des nouveaux développements, ainsi qu'une meilleure articulation entre l'information générale en ligne et l'information de proximité jusqu'à l'orientation vers le soin quand nécessaire.

En termes de d'implication des usagers et des proches, il s'agit de valoriser l'expertise d'expérience, par exemple par le développement des groupes d'entraide, des médiateurs santé pairs ou des groupes Pro-famille.

En termes de droits et libertés, l'Ile de France n'échappe pas à l'augmentation du recours aux soins sans consentement ; compte tenu, là aussi, des fortes disparités constatées, l'analyse des causes est indispensable, les bonnes pratiques doivent être diffusées pour contenir puis inverser cette tendance ; par ailleurs l'obligation de traçabilité du recours à la contention et/ou à l'isolement s'inscrit dans un objectif de limitation de ces pratiques, appuyé par les recommandations sur la prévention et gestion de situations de violence.

Pour la prise en compte de la santé mentale dans la cité, les conseils locaux de santé mentale resteront un outil privilégié ; les projets territoriaux de santé mentale seront un deuxième niveau de coordination, pour renforcer l'articulation des politiques publiques, notamment, avec l'Education, la Politique de la Ville, le logement, l'emploi, et la justice.

---

<sup>30</sup>Pour les psychiatres libéraux, source ARS à partir des données assurance maladie, indice 2016 calculé à partir du taux de recours des résidents d'un territoire à un psychiatre libéral.



Il s'agit dans ces partenariats d'une part d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, et d'autre part de développer les dispositifs d'inclusion des personnes vivant avec un trouble psychique. Les accès à la culture ou à une activité physique adaptée sont illustratifs de ces deux versants.

- **faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations**

Si le principe de l'intervention précoce s'applique à tous les âges de la vie, la petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants.

Il s'agit, en premier lieu, d'agir en amont des difficultés en donnant une impulsion aux programmes de développement des compétences psychosociales et de prévention précoce. Ces programmes sont composés d'actions intersectorielles favorisant les conditions psychosociales essentielles au développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants.

Pour les soins, la précocité des interventions vise à réduire les retards constatés au diagnostic ou à l'entrée dans le soin. Elle trouve une déclinaison spécifique avec l'engagement n°2 de la nouvelle stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

En termes d'allocation de ressources pour l'offre de soins, il s'agira de prioriser la psychiatrie de l'enfant et des adolescents jeunes adultes.

Plus globalement, la facilité et la convivialité d'accès au soin psychiatrique doit être renforcée : organisations favorables à la réduction des délais d'attente, lisibilité et information sur l'offre, appui aux professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes, mais aussi les travailleurs sociaux et éducateurs, les services publics départementaux et les services hospitaliers somatiques, en particulier maternités et pédiatries.

- **faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé**

Cela signifie soutenir la mobilité des équipes, éviter le repli sur l'hospitalisation, développer prioritairement l'ambulatoire, remobiliser des projets pour les personnes en hospitalisation prolongée, agir pour le maintien ou l'accès au logement accompagné ou autonome, et dépasser ainsi le simple parcours de soins pour faciliter les parcours de vie.

Par ailleurs, avec un objectif de prévention dans ce contexte de priorisation du domicile, l'Agence appuiera la mise en place d'actions d'information et de soutien psychologique pour les frères, sœurs et enfants des personnes touchées par des maladies psychiatriques chroniques, ainsi que de soutien à la parentalité pour les parents souffrant d'une maladie mentale.

- **faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques (Axe 1)**

Cela implique par exemple de mieux organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. L'objectif est de définir pour chaque territoire de santé un schéma des urgences psychiatriques, pour les adultes et les enfants, lisible et évaluable : permanences des soins, appui au premier recours, dispositif de signalement et d'aller-vers, prévention des ruptures de soins et des ré hospitalisations, organisations favorables au consentement, re-contact des personnes après tentative de suicide.

Cela implique aussi de faciliter l'accès à des soins somatiques adaptés. Les malades psychiques chroniques ont une espérance de vie diminuée de 5 à 10 ans, selon les études, du fait de facteurs combinés : mauvaise observance, difficultés relationnelles, pauvreté, iatrogénie...

Les efforts pour améliorer la prise en charge somatique en établissement de santé de ces personnes seront poursuivis. La priorité doit porter sur la continuité du suivi par un médecin traitant, sur l'accès aux campagnes de dépistage, sur la santé bucco-dentaire, sur la prise en charge des comorbidités addictives et sur l'accès des handicapés à des bilans périodiques et aux soins techniques. La continuité du suivi somatique et psychique en ville et en établissement sera aussi la priorité pour la prise en charge des personnes touchées par des troubles du comportement alimentaire.

La continuité et l'égalité d'accès impliquent aussi que les structures et dispositifs spécialisés qui se sont constitués au fil du temps soient articulés par convention avec les secteurs de psychiatrie générale ou infanto juvénile dont la mission est d'organiser l'accès en proximité et la continuité.

- **agir pour des pratiques « orientées rétablissement » (Axe 2)**

Cela passe par des projets personnalisés et leur réévaluation régulière, par le soutien des méthodes de réhabilitation psychosociales et remédiation cognitive, par l'accompagnement de proximité associant professionnels de santé et travailleurs sociaux, le développement des programmes ETP en santé mentale, le développement des interventions auprès des familles, l'inclusion par l'école et les loisirs pour les enfants.

L'Agence appuiera les dispositifs de parcours de proximité coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique<sup>31</sup>. Ces dispositifs associent les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les personnes elles-mêmes et leurs proches aidants dès la définition du besoin.

- **mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation de ressources (Axe 2)**

Pour l'allocation des ressources en psychiatrie, les priorités ci-dessus définies seront prises en compte (précocité, ambulatoire, enfants et adolescents, innovation).

Pour la réduction des inégalités, des territoires de santé prioritaires ont été identifiés à partir des indicateurs d'offre et de recours aux soins (territoires 77, 93, 95), l'objectif étant de faire converger les taux de recours. La prise en compte de la précarité a été instaurée dans les dotations sur la base de l'IDH2 des aires de recrutement des établissements. Ces modulations seront poursuivies et amplifiées au cours du présent schéma, en tenant compte des évolutions démographiques différenciées ; elles devront aussi être prises en compte par les établissements au sein de leur zone d'intervention. La convergence sera également soutenue en mobilisant les expertises disponibles dans les territoires ayant un écart positif à la moyenne au bénéfice des patientes des territoires déficitaires.

- **mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain (Axe 3)**

Augmenter le nombre d'acteurs impliqués dans la recherche et la formation est le vecteur prioritaire ; ce qui a été impulsé avec les premiers dispositifs territoriaux de recherche et formation devra être poursuivi et déployé sur tous les champs : psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, du sujet âgé, dans le champ médical et paramédical, dans le domaine organisationnel ou technologique. De la même façon sera recherchée l'inclusion d'un plus grand nombre d'acteurs dans les collaborations psychiatrie / neurosciences, du fait de leur apport dans le diagnostic et les stratégies d'intervention (par exemple à travers l'imagerie, la génétique, ou certaines techniques interventionnelles).

La formation mais aussi la télémédecine sont des vecteurs pour développer les pratiques avancées, la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle. L'Agence appuiera les actions de formation pour les infirmiers de pratique avancée en psychiatrie.

En santé mentale, la santé numérique doit être placée au service de l'autonomie des personnes. La diffusion d'outils évalués et accessibles financièrement (applications, jeux, objets connectés) devra être soutenue par les DTRF et les centres experts.

### 3. Résultats attendus d'ici 5 ans

#### Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes

- disposer de projets territoriaux de santé mentale pour toute la Région un an après la publication du PRS
- réduire la part des hospitalisations sans consentement de 6 points
- soutenir l'implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022
- augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80 et soutenir la création de GEM pour personnes avec autisme.
- participer au deuxième programme de déploiement des médiateurs de santé pairs en santé mentale et à son évaluation

#### Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations

- mettre en place d'ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales sur chaque département
- renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans.

<sup>31</sup> Action N°5 de la Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médicosociale, volet Handicap psychique

- Mettre en place, pendant 3 ans, l'expérimentation "Ecoute' émoi" de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans
- augmenter le recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents de 15%
- disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département.

#### **Faire du domicile le centre de gravité du parcours**

- augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, Ets d'hébergements) de 15 %
- augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile
- réduire la part des hospitalisations prolongées (6 mois et +) de 10% (en journées)
- passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées

#### **Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques**

- disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'une organisation de re contact après tentative de suicide
- disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes
- disposer pour chaque territoire d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes, et pour l'évaluation des perdus de vue

#### **Agir pour des pratiques «orientées rétablissement »**

- organiser dans chaque territoire l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique, et organiser dans chaque territoire d'une plateforme compétente en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale avec des déclinaisons pour les personnes avec autisme et pour la réadaptation à l'emploi.
- organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire

#### **Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources**

- consacrer 40% du soutien à l'amélioration de l'offre aux enfants et adolescents
- consacrer 50% du soutien à l'amélioration de l'offre aux trois territoires prioritaires
- faire converger les taux de recours aux soins ambulatoires des territoires prioritaires en réduisant l'écart avec la moyenne régionale

#### **Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain**

- généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (3 DTRF actuellement)
- construire un registre des outils e-santé accessibles aux patients

## Maladies neuro-dégénératives et neurologiques

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie/Population concernée

En 2015, le nombre de personnes affectées par la maladie d'Alzheimer en France est estimé entre 850 000 (Etude PAQUID) et 1 000 000 de cas, les estimations d'incidence s'établissant à environ 200 000 à 250 000 nouveaux cas par an. En Île-de-France, on estime le nombre de malades à 151 000. La majorité des cas surviennent chez les personnes âgées, 70 % des personnes atteintes ayant plus de 75 ans et l'âge médian du diagnostic se situant autour de 85 ans. Moins de 2 % des cas (1 200) surviennent avant l'âge de 60 ans.

En Île-de-France aujourd'hui, ce sont 100 000 personnes qui ont été victimes d'un AVC, plus de 29 000 souffrent d'une maladie de Parkinson ou apparentée (MP) et plus de 15 000 d'une sclérose en plaque (SEP). Ces prévalences sont en augmentation, du vieillissement de la population. A titre d'exemple : le nombre de séjours à la phase aiguë d'un AVC (hors Accident ischémique transitoire ou AIT) ne cesse de croître: 17 877 en 2014 et 19 049 en 2016 (*annexe 1; fig 1*). 25 % des séjours concernaient en 2016 des patients âgés de 85 ans et plus ; cette valeur sera de 30 % en 2020.

Des inégalités de prise en charge persistent en fonction des territoires (le taux de séjours AVC en UNV varie de 43% à 74% selon les territoires), de l'âge (seulement 20 % des plus de 85 ans ont accès à l'UNV) et de la sévérité de l'AVC

#### 1.2 Principales problématiques de santé

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative ainsi que d'autres maladies apparentées : la démence vasculaire, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence lobaire fronto-temporale, la démence associée à la maladie de Parkinson. Ces maladies ne relèvent pas de la même prise en charge ni du même traitement. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont des affections caractérisées par une détérioration progressive de multiples fonctions cognitives, suffisamment grave pour gêner la vie quotidienne de ceux qui en sont atteints. A ce titre, ces maladies ont un impact majeur sur la vie des patients, de leurs familles et de la société.

Les pathologies neurologiques peuvent avoir des parcours de santé différents, initialement hospitalier puis ambulatoire (AVC), ou essentiellement ambulatoire (MP, SEP).

Toutes les suspicions d'AVC, quel que soit l'âge, doivent pouvoir être évaluées en extrême urgence en Unité Neuro-Vasculaire (UNV). Entre 2014 et 2016, le nombre de séjours AVC avec passage en UNV a progressé de 18 %. Toutefois seulement 63 % des séjours ont lieu en UNV en 2016. Le nombre d'AVC va encore augmenter dans les années à venir, nécessitant d'augmenter les capacités des UNV et de fluidifier encore le parcours. Le développement de nouvelles technologies comme la thrombectomie des infarctus cérébraux pourra nécessiter des ajustements de la PDSES. Le parcours de soins des maladies neurodégénératives doit être amélioré pour favoriser un diagnostic de qualité, éviter les situations d'errance et bénéficier de l'accompagnement adapté. En 2016 en Île-de-France, seuls 40 % des patients atteints de MP et 20 % des patients atteints de SEP ont eu accès à une consultation neurologique (données SNIIR AM – IDF).

L'activité neurochirurgicale évolue sous une double contrainte : technicisation de plus en plus importante et vieillissement de la population avec une augmentation des pathologies rachidiennes dégénératives et cérébrales

(comme la stimulation cérébrale fonctionnelle des mouvements anormaux) ; le développement vers l'ambulatoire concerne la neurochirurgie fonctionnelle : prise en charge de la spasticité et de la douleur (neurotomie, pompes, stimulateurs médullaires).

Les neuroradiologues interventionnels sont de plus en plus sollicités pour réaliser des actes de désobstruction artérielle urgente dans les infarctus cérébraux. Etant donné le vieillissement de la population souffrant d'affections neurologiques et les progrès thérapeutiques, des parcours « neuro-gériatriques » sont à mettre en place ; à la phase aiguë des AVC entre UNV et service de gériatrie aiguë, et à la phase de rééducation dans les établissements disposant de SSR neurologique (et/ou locomoteur) et gériatrique avec mutualisation des compétences des professionnels et du plateau technique.

Dans le cadre du virage ambulatoire, le maintien au domicile de ces patients ayant de multiples déficiences nécessite de renforcer les liens ville hôpital, l'accès aux professionnels de la rééducation en libéral (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...) et l'offre en secteur médicosocial.

### 1.3 Principales professions concernées

La maladie d'Alzheimer nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels : médecin généraliste, médecin spécialiste (gériatre, neurologue, psychiatre), professionnels paramédicaux (infirmier, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute), psychologues, aide-soignant, accompagnant éducatif et social (regroupement des diplômés d'aide médico-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale) et travailleurs sociaux. De nouvelles fonctions et compétences ont été créées avec une formation spécifique dans le cadre de l'accompagnement de ces malades : assistant de soins en gérontologie et gestionnaire de cas. L'Île-de-France doit déjà faire face à une pénurie de certains professionnels dans certains territoires mettant en difficulté la prise en charge de ces malades : médecins généralistes, médecins gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD, psychomotriciens, ergothérapeutes...

**Pour les neurologues**, la densité régionale est plus importante que la densité nationale (5.7 vs 4.1 pour 100 000 habitants) mais elle est très faible dans les départements de Seine et Marne, de l'Essonne et du Val d'Oise (*annexe 2*).

Pour les **neurochirurgiens**, la densité est de 0.9 vs 0.8/ 100 000 habitants en métropole avec une grande concentration des professionnels à Paris (68%), dans le Val-de-Marne (13%) et dans les Hauts de Seine (12%) où se situent les centres hospitaliers avec neurochirurgie. **Les neuroradiologues interventionnels** sont de plus en plus sollicités pour réaliser des thrombectomies. La coopération avec d'autres professionnels formés pour réaliser ces actes est à mettre en place.

L'accès aux **kinésithérapeutes et aux orthophonistes** est de plus en plus difficile, en particulier en libéral. La prise en charge réadaptative des patients neurologiques lourdement handicapés est complexe et longue. Les interventions auprès de ces patients sont conditionnées par la démographie des professionnels et par la valorisation des prises en charge libérales.

Le plan AVC a prévu la fonction d'**animateur de filières AVC**, dont la mission principale est la constitution, l'animation et la formalisation de la filière territoriale dans toutes ses composantes (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et professionnels libéraux). Les missions des 20 animateurs ont évolué et concernent actuellement les AVC, la MP et la SEP.

## 2. Sens de l'action à conduire

### 2.1/ Poursuite du déploiement de certains dispositifs dans les zones géographiques les moins bien pourvues

Plusieurs dispositifs sont encore insuffisamment déployés et la couverture du territoire francilien n'est pas satisfaisante, ce qui engendre des inégalités dans les parcours de soins. Il faut poursuivre leur déploiement notamment en ce qui concerne : les plateformes d'accompagnement et de répit, les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, les unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD et en USLD et les unités cognitivo-comportementales (UCC) à l'hôpital.

### 2.2/ S'assurer du bon fonctionnement et de la bonne articulation des dispositifs entre eux au profit d'un parcours le plus fluide possible

Une évaluation de chaque dispositif devra être réalisée afin de mesurer l'atteinte des objectifs fixés et procéder à des ajustements si nécessaire. Par ailleurs, l'articulation de ces dispositifs entre eux, gage de la fluidité du parcours du malade, devra également être appréciée.

Le déploiement de la télémédecine, pourra jouer un rôle majeur dans les articulations. Le recours à l'expertise hospitalière associant les EHPAD et les médecins généralistes est une nécessité qui devra prioriser les zones peu dotées en établissements de santé et à faible densité médicale. Les actes concernés sont la téléconsultation ou la téléexpertise en psychogériatrie, douleur, soins palliatifs, et la télé expertise en dermatologie et cardiologie notamment.

Pour les 5 ans à venir, l'action s'inscrit dans la continuité du plan AVC en associant le plan maladies neurodégénératives, en particulier pour la MP et la SEP. La réflexion doit s'élargir au parcours des personnes ayant un handicap neurologique et permettre de **mutualiser un certain nombre d'actions** communes (par exemple le recensement des ressources de coordination, d'évaluation de soins et de prise en charge médico-sociale)

- **Améliorer le recours à l'expertise neurologique en Île-de-France**, indispensable pour confirmer ou infirmer un diagnostic, pour suivre les traitements très spécifiques à ces pathologies et prendre en charge le handicap

- en poursuivant les travaux pour tenter de réduire les inégalités territoriales en termes de démographie de neurologues (assistants spécialistes partagés et télémédecine)
- en organisant l'accès aux médecins de médecine physique et réadaptation et aux gériatres formés à la prise en charge de ces pathologies,
- en travaillant sur des protocoles de coopération entre professionnels (infirmières de coordination).

- **Améliorer le recours aux professionnels de rééducation (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) en travaillant**

- sur la démographie de ces professionnels et sur la tarification de leurs actes
- sur les transports sanitaires pour se rendre chez ces professionnels

- **Améliorer la qualité de vie** des personnes présentant un handicap neurologique et de leurs aidants

- en identifiant les risques de rupture dans les parcours de soins
- en adaptant les parcours de santé au sein de chaque territoire, en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs déjà présents en Île-de-France :
  - télémédecine,
  - dispositifs de coordination (tels les réseaux SEP),

- dispositifs d'évaluation telles les EM-RR
  - dispositifs de soins (SSIAD, HAD, HADR),
  - structures d'accompagnement ou d'hébergement médicosocial (SAMSAH, SAVS, CLIC, MAIA, MAS, FAM, EHPAD)
  - en expérimentant l'appui des psychologues au sein des SSIAD PH
  - en améliorant les pratiques professionnelles au sein des structures d'exercice collectif
  - en organisant des journées de formation sur le handicap neurologique au sein des territoires
  - en formant et en soutenant les aidants.
- Poursuivre les informations grand public de **prévention** et **développer l'éducation thérapeutique**
- **Développer des accueils temporaires et des hébergements pour patients cérébrolésés.**

### 3. Objectifs formalisés)

Objectif 1 : augmenter à 50% la proportion d'EHPAD franciliens ayant un PASA au terme du PRS 2

Objectif 2 : doubler le nombre de plateformes d'accompagnement et de répit sur la région

Objectif 3 : améliorer le recours à l'expertise, la coordination et la visibilité des parcours

Objectif 4 : réduire les inégalités de prise en charge des patients (territoires, sévérité, âge)

Objectif 5 : accompagner le virage ambulatoire : adapter les parcours de santé dans la proximité au sein des territoires

### 4. Principales stratégies d'intervention (6200 caractères espaces non compris)

Les différentes stratégies d'intervention s'intègrent dans les projets de transformations du SRS de la façon suivante

#### Axe 1. Améliorer l'organisation, la coordination, l'animation et la visibilité des parcours

**Veiller à la bonne articulation des dispositifs dédiés aux malades Alzheimer sur les territoires**, du diagnostic à la fin de vie, en s'appuyant sur la méthodologie d'intégration (MAIA) qui promeut non plus la coordination des acteurs mais leur intégration. Pour les situations complexes, des professionnels aguerris, les « gestionnaires de cas », interviennent directement auprès des malades.

#### Poursuivre la promotion et le financement les animateurs de filières neurologie.

Pour favoriser la bonne articulation entre les différentes étapes du parcours, il est nécessaire de poursuivre le financement des animateurs de filières AVC, en élargissant leurs missions à l'ensemble des parcours neurologiques et d'améliorer la visibilité de ces parcours pour le grand public et les professionnels et ce en lien avec le ROR, le centre ressource francilien des traumatisés crâniens (CFRTC) et CAP NEURO.

Indicateurs :

- Nombre de patients pris en charge au sein des différentes filières (SNIIR AM)
- Publication d'annuaires régionaux et territoriaux décrivant les différents parcours



### **Mettre en place un téléEEG régional pour réduire les inégalités de prise en charge des patients**

La réduction des inégalités territoriale justifie de déployer la télémédecine pour l'ensemble des pathologies neurologiques, entre secteurs hospitalier, libéral et médicosocial. La mise en place d'un TéléEEG régional permettra d'analyser les électroencéphalogrammes (EEG) réalisés en particulier en service de néonatalogie et de réanimation. Indicateurs : nombre d'actes de télémédecine réalisés dans le cadre de téléEEG

### **Améliorer les prises en charge par les kinésithérapeutes et orthophonistes en expérimentant des modes de financement**

L'accès aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes est de plus en plus difficile, en particulier en libéral. La prise en charge réadaptative des patients neurologiques lourdement handicapés est complexe et longue. Les interventions auprès de ces patients sont conditionnées par la démographie des professionnels et par la valorisation des prises en charge libérales. Il est donc nécessaire d'expérimenter des modes de financement permettant une prise en charge rapide au décours d'une aggravation neurologique ayant nécessité ou non une hospitalisation et ainsi éviter une rupture de soins

Indicateur : nombre de professionnels réalisant l'expérimentation

### **Expérimenter des consultations pluridisciplinaires d'évaluation des traumatismes crâniens légers (sur 2 à 3 sites)**

Malgré la bénignité apparente du traumatisme initial, une proportion non négligeable de ces blessés (de 15 à 25% selon les études) présente une évolution défavorable, traduite par un syndrome post-commotionnel persistant avec des difficultés de retour au travail. A ce jour, il n'existe aucune filière organisée de prise en charge de ces patients.

Indicateur : nombre de patients évalués au sein d'une filière organisée

### **Renforcer les accueils de jours pour patients neurologiques jeunes**

Pour accompagner le virage ambulatoire, il est nécessaire de renforcer l'offre en secteur médicosocial et en particulier les accueils de jour et hébergements en structures médicosociales.

Indicateur : nombre de patients ayant accès à ces accueils de jour

## **AXE 2 : Améliorer la réponse aux besoins de la population**

- Favoriser la prévention en santé, tout public, visant à encourager des comportements limitant les facteurs de risques de la maladie comme le diabète, l'hypertension artérielle, ou l'hypercholestérolémie qui sont associés à une survenue plus fréquente de la maladie. Par ailleurs, une activité physique régulière, le régime alimentaire méditerranéen, un réseau social actif, une activité intellectuelle stimulante sont des facteurs de protection qu'il convient aussi d'encourager.
- Améliorer le repérage des troubles cognitifs auprès des professionnels en proximité des usagers comme les pharmaciens d'officine (formation par e-learning).
- Poursuivre le déploiement de certains dispositifs dédiés aux malades Alzheimer dans les zones géographiques les moins bien pourvues.



- Veiller au bon fonctionnement de ces dispositifs avec des professionnels formés qui travaillent en équipe pluridisciplinaire.
- Offrir une palette d'actions en direction des aidants non professionnels et des couples aidants/aidés grâce au déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit car seule une diversité d'offre est en mesure de répondre aux besoins des aidants à un moment donné de l'évolution de la maladie de leur proche.

### **Soutenir les postes d'assistants partagés pour les neurologues en direction de la grande couronne**

Ceci est indispensable pour développer en grande couronne le repérage précoce, confirmer ou infirmer un diagnostic, en urgence ou non, débiter, reconduire ou non les traitements très spécifiques à certaines de ces pathologies neurologiques, poursuivre les interventions non pharmacologiques incluant les neurostimulations profondes, la prise en charge du handicap physique et cognitif.

Indicateurs

- nombre de postes d'assistants neurologiques partagés créés
- nombre d'assistants restant en grande couronne.

### **Créer 25 postes d'infirmiers de coordination (IDEC) en neurologie au sein des services de neurologie de la région pour améliorer les prises en charge non programmées des patients ayant une pathologie neurologique.**

La mission principale de ces IDEC sera d'apporter une réponse rapide aux appels des patients, de leur entourer et des professionnels afin de diriger les patients vers les professionnels adaptés, dans les meilleurs délais et de réduire les passages inappropriés aux urgences

Indicateurs:

- pourcentage de patients avec maladie neurodégénérative ou un antécédent d'AVC ayant eu accès aux consultations de spécialistes (neurologues ...) *Base administrative SNIIR AM*
- évolution du nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations non programmées

### **AXE 3 : améliorer l'accès à l'innovation**

Promouvoir , expérimenter les gérontechnologies : outils de géolocalisation, détecteurs de chutes, éclairage automatique au sol, animaux artificiels, robots pour aider les malades dans certaines tâches domestiques ou remédier à l'angoisse des malades, serious games...

### **AXE 5 : La santé dans toutes les politiques**

#### **Soutenir l'adaptation des logements individuels**

Procéder à une évaluation du domicile par un ergothérapeute, aménagement du domicile, installation de gérontechnologies, aides techniques pour les malades.

**Soutenir l'habitat inclusif pour les patients en situation de handicap neurologique**

La mesure 19 du PMND vise l'amélioration de la réponse aux attentes et aux besoins d'accompagnement à domicile des personnes malades quel que soit leur âge et leur lieu de vie. Il nous faut donc diversifier les formes d'habitat adaptées aux besoins des personnes en situation d'handicap neurologique et/ou en perte d'autonomie.

Indicateur : nombre de personnes bénéficiant d'un habitat inclusif

**Sensibiliser la médecine du travail** au repérage des troubles cognitifs pour les personnes en activité professionnelle

## Cancers

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée

Les marqueurs sont plutôt favorables dans la région avec une sous-mortalité par cancer de 10% chez les hommes par rapport à la France métropolitaine. La situation des Franciliennes en revanche est équivalente à celle de l'ensemble des françaises<sup>32</sup>.

En Île-de-France, 21 000 décès par cancer sont dénombrés chaque année, soit 29% du total des décès, un tiers des décès chez les hommes et un quart des décès chez les femmes. Ces décès surviennent avant 65 ans dans 31% des cas (mortalité prématurée)<sup>33</sup>. Pour le seul régime général, 50 000 nouveaux cas de cancers sont pris en charge en ALD chaque année dont 48 % chez l'homme et le nombre total de patients pris en charge au cours d'une année est de près de 370 000<sup>34</sup>. Une forte hétérogénéité entre les territoires et les populations est observée (Telle-Lamberton et al., 2016)<sup>35</sup>.

Entre 2005 et 2012, les taux de mortalité diminuent pour toutes les localisations de cancer, à l'exception du cancer du poumon chez les femmes<sup>36</sup>.

En ce qui concerne l'incidence, les taux nationaux<sup>37</sup> diminuent chez les hommes pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du larynx, du poumon, de la vessie et les cancers colorectaux, ils augmentent pour les cancers du foie, du pancréas, des testicules, du rein, du système nerveux central, de la thyroïde et les mélanomes. Chez les femmes, ils diminuent pour le cancer du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire, de l'estomac et pour le cancer colorectal, ils augmentent pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du foie, du pancréas, du larynx, du poumon, du corps de l'utérus, de la vessie, du rein, du système nerveux central, de la thyroïde et pour les mélanomes.

Les projections démographiques, prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, à risque de cancer stable sur la période, suggèrent les évolutions suivantes à dix ans (estimations ORS) : augmentation respectivement de 15% du nombre de nouveaux cas de cancer annuels et de 21% du nombre de décès ; respectivement pour les cancers du poumon, colorectal et sein, augmentation d'incidence de 14%, 19%, 9% et augmentation du nombre de décès de 18%, 23%, 14%.

#### 1.2 Principales problématiques de santé

Le nombre de malades augmente en lien avec le développement des thérapies, la durée de vie sous traitement et également le vieillissement de la population et le décalage de l'âge pour nombre de traitements.

<sup>32</sup> Base de données Score-santé. Période 2011-2013

<sup>33</sup> Base de données Score-santé. Période 2011-2013

<sup>34</sup> Données CNAM-TS, transmission FNORS. Année 2014

<sup>35</sup> Telle-Lamberton M, Karusisi N, Saunal A. Cancers et inégalités territoriales en Île-de-France : analyses spatiales. Rapport & Enquête. Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), 2016.

<sup>36</sup> Base de données Score-santé. Années 2011-2013. On note également sur la période une augmentation du cancer du pancréas chez les femmes et du système nerveux central, non statistiquement significative, qui demanderait des analyses plus détaillées.

<sup>37</sup> Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. INVS. FRANCIM. 2013.

On ne dispose pas de données d'évolution de l'incidence des cancers en Île-de-France

Différents types de besoins se développent tels que l'évaluation globale et personnalisée des patients, la structuration du suivi des patients notamment sous traitements, l'accès à la cytogénétique et à la génétique moléculaire au diagnostic, pour évaluer le pronostic et réaliser le suivi. La pratique des dépistages est à renforcer notamment dans le cancer colorectal où l'impact attendu serait majeur. Malgré les évolutions récentes en matière de lutte contre le tabagisme et de soutien aux vaccinations, les stratégies de réduction des facteurs de risque doivent être renforcées. Ceci requiert une évolution des organisations, la mise en place de dispositifs de suivi et une évolution des métiers.

### 1.3 Principales professions concernées

Quatre spécialités médicales ont été analysées : les oncologues médicaux, les radiothérapeutes, les hématologues (spécialistes en hématologie et médecins compétents en maladies du sang) et les anatomo-cytopathologistes, étant précisé que d'autres spécialistes interviennent dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, ainsi que des professionnels non médicaux.

Entre 2011 et 2016, les effectifs de praticiens en exercice ont augmenté dans les trois premières spécialités, et plus particulièrement en oncologie médicale et en hématologie, et sont restés quasiment stables en ACP. Cette progression s'explique notamment par l'apport de médecins à diplômes étrangers et par des départs plus tardifs à la retraite.

Cependant, malgré cette évolution favorable de la démographie des professionnels impliqués dans le traitement des cancers, des postes de PH demeurent vacants et certaines équipes franciliennes sont fragiles (effectif très restreint ne permettant pas d'assurer une continuité de service et une prise en charge de qualité). Les tensions concernent plus particulièrement certains territoires, le plus souvent en grande couronne, ou certains établissements.

Toutes les spécialités, hormis l'oncologie médicale, ont été marquées par une forte progression de la part des médecins de plus de 60 ans au cours de la période considérée, d'où des départs en retraite en nombre important attendus dans les années à venir.

A contrario, la filiarisation de ces spécialités à l'internat et l'augmentation du nombre de postes qui leurs sont affectés aux ECN depuis 2010, notamment en oncologie et, dans une moindre mesure en hématologie, devraient se traduire par l'arrivée d'un nombre important de nouveaux diplômés.

Pour l'ACP, l'augmentation des postes aux ECN n'ayant été que temporaire en raison des difficultés pour disposer d'un nombre suffisant de terrains de stage pour l'accueil des internes, son effet sera limité.

Des projections ont été réalisées sur la période 2017-2026.

Les résultats sont les suivants :

- pour l'oncologie médicale, des effectifs projetés en forte augmentation d'ici 2026 (+46%) et en progression un peu moins forte en l'absence d'arrivée de nouveaux médecins à diplômes étrangers (+22%)
- en radiothérapie, des effectifs également en augmentation, mais de façon moins soutenue (+19%) dans le scénario tendanciel, et une progression beaucoup plus modérée (+6%) en l'absence d'arrivée de nouveaux médecins à diplômes étrangers
- pour l'hématologie (spécialistes et médecins compétents en maladies du sang), une progression sensible des effectifs dans le scénario tendanciel (+19%), et moins soutenue (+8%) en l'absence d'arrivée de médecins à diplômes étrangers
- enfin, en ce qui concerne l'anatomo-cytopathologie, des effectifs médicaux en baisse de 12% entre 2016 et 2026 dans le scénario tendanciel, la baisse intervenant plus particulièrement sur la fin de la période.

Les perspectives d'évolution de la démographie médicale étant incertaines, il est difficile d'affirmer que les effectifs futurs de médecins seront en adéquation avec les besoins croissants de prise en charge de la population, d'où l'intérêt de promouvoir l'évolution des métiers (infirmières de pratique avancée) et le développement des coopérations entre professionnels de santé, le développement du recours aux innovations organisationnelles (télémédecine) et le regroupement des équipes.

En attente pédiatres, gériatres, MG, radiologues.

## 2. Sens de l'action à conduire

L'action s'inscrit dans la continuité de la politique développée depuis le premier plan cancer. Ces 15 années ont permis d'initier ou de renforcer des stratégies d'intervention qui demeurent d'actualité étant donné le contexte d'évolutions fortes de l'épidémiologie et de la prise en charge des cancers. Il s'agit donc de prendre en compte l'augmentation et l'évolution des besoins et de réduire les ruptures dans les parcours. Pour les 5 ans à venir :

→ **Réduire les facteurs de risque de cancers, en premier lieu le tabac.** Les autres axes de prévention d'un cancer doivent également être renforcés (consommation à risque d'alcool, mauvais équilibre nutritionnel, vaccination contre l'hépatite B et le papilloma virus), améliorer le repérage, le dépistage et le traitement des personnes touchées par le VHC, prévenir le mélanome et les cancers de la peau, renforcer la coordination des politiques publiques pour réduire le risque de cancer lié aux expositions professionnelle et environnementale en articulation avec le PNRT et le PNRE

→ **Guérir plus de malades** en améliorant l'accès aux dépistages, les délais et la prise en charge des dépistages positifs, en réduisant les risques de séquelles et de second cancer ; en poursuivant l'amélioration de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ; en facilitant l'entrée dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique ; en prenant en compte tout au long du parcours les spécificités liées à l'âge, à la complexité médico-psychosociale, au choix du patient.

L'accès au diagnostic et aux soins sera facilitée par la mise en place des organisations dites en « circuit court », l'organisation des territoires sera poursuivie et proposera une articulation avec les activités de recours et garantira l'accès à l'innovation.

Face à l'arrivée sur le marché de nouvelles technologies de santé (médicaments, dispositifs médicaux et actes) efficaces et extrêmement coûteuses :

- Permettre un accès équitable à ces innovations tout en assurant la soutenabilité financière du système de santé.
- De s'assurer de la qualité des soins et de leur organisation
- De favoriser la pertinence des soins

→ **Améliorer la vie pendant et après le cancer** et limiter le risque de second cancer et de rechute, en facilitant les prises en charge à domicile, les parcours, le lien ville-hôpital; en améliorant l'accès aux soins de support, l'activité physique adaptée, la démarche palliative, en encourageant la diminution des facteurs de risque ; en facilitant le maintien et la reprise de l'activité professionnelle, de l'éducation, de la formation.

→ **Réduire les inégalités de santé** en prenant en compte les inégalités sociales, en réduisant les écarts territoriaux, et en prévenant les inégalités produites par le système de soins. La réduction des écarts peut passer par la mobilisation de moyens nouveaux à travers notamment l'évolution des métiers en cancérologie (pratique avancée...) et des organisations.

### 3. Objectifs formalisés

1. Réduire les risques de cancer :
  - à 5 ans, Réduction de 10% de la part des fumeurs quotidiens
  - à 10 ans, moins de 20% de fumeurs quotidiens
  - en 2032, génération sans tabac (enfants nés en 2014)
2. Elargir les stratégies de remise de test dans le dépistage organisé du cancer colorectal pour atteindre un taux de participation supérieur à 45%. Déployer le dépistage du cancer du col de l'utérus pour atteindre une couverture de 90%. Mettre en œuvre les dépistages ciblés du cancer du sein chez les femmes à risque élevé.
3. Améliorer la réponse en ville et faire évoluer l'organisation hospitalière. (diminuer les venues inappropriées aux urgences, réduire le délai d'accès à l'imagerie)
4. Proposer une organisation de l'accès et du déploiement de l'expertise à l'échelle des territoires intégrant la multiplicité des organisations et dispositifs (augmenter le taux d'inclusion dans les essais cliniques, délai d'accès aux soins des personnes dépistées positives).
5. Améliorer la pertinence des prises en charge au regard de la complexité chirurgicale (augmenter le taux de réalisation des chirurgies complexes ovaire, œsophage, pancréas par les équipes rodées et dans le bon environnement) et de l'évolution des prises en charge du cancer (éviter les actes non nécessaires, exemple du cancer de la prostate).

### 4. Principales stratégies d'intervention

Des actions issues du cadre d'intervention régional dédié à la cancérologie s'intègrent, en fonction de la grille de lecture, à plusieurs projets de transformations du PRS.

Ci- après, une déclinaison permettant de citer un grand nombre d'actions en les situant par rapport aux axes de transformations du PRS. Une limite toutefois à cette approche. A titre d'exemple une même action pouvant être innovante (donc axe 3) et relever de l'amélioration du dépistage (projet 1.2 et 2.2). En outre, le choix a été fait de situer la question majeure des inégalités dès la conception de chaque action. C'est pourquoi, la lutte contre les inégalités se situe aussi bien dans l'appréhension des différentes thématiques que dans les modalités de mise en œuvre.

Les programmes d'actions déclinés dans cadre d'intervention du PRS dans le champ du cancer, s'intègre dans les projets de transformation du SRS comme suit :

#### Axe 1 : Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

- Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés : 19 actions
  - Organiser pour toutes les femmes à partir de 25 ans l'accès au frottis cervico-utérin, en coordination avec l'assurance maladie, en élargissant la mobilisation des différentes les professions habilitées à prélever le frottis. La structure de dépistage a pour mission de s'assurer de la prise en charge ultérieure de l'ensemble des femmes dépistées dans la région dans et hors dépistage organisé.
  - Mener à bien la régionalisation du dépistage organisé (actuellement sein, colo-rectal, col de l'utérus en renforçant les missions de relation avec la population, avec les professionnels de santé, le suivi des positifs et l'assurance qualité du dispositif

- Evaluer des stratégies complémentaires de remise de test dans le dépistage organisé du cancer colorectal.
- renforcer l'organisation des dépistages ciblés vers les personnes à risque élevé de cancer
- dépister et traiter HBC (parcours hépatite C).
- Engager les établissements au travers des CPOM à organiser le diagnostic en circuit court, à promouvoir l'évaluation des fragilités précocement et de façon itérative, orienter de façon adaptée les parcours tumeurs rares, les spécificités : + de 75 ans, AJA, complexité psychosociale.
- Mettre en place un dispositif de suivi des patients sous traitement dans tous les établissements autorisés à l'activité de chimiothérapie pour garantir la contribution des acteurs de la ville dans les parcours. Diminuer ainsi le taux de recours aux urgences. Renforcer l'accès aux soins de support en structurant les ressources hospitalières et en ville.
- Mettre en place dans les établissements autorisés en chimiothérapie, une RCP cancéro-palliative, une consultation de soins palliatifs au sein des soins de support.

## **Axe 2 : Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable**

- **Améliorer la connaissance des besoins et la qualité des réponses**
  - Suivre de façon régulière la consommation tabagique dans la région et par département et son évolution
- **Prioriser les moyens en fonction des besoins, notamment sur les territoires en sous-offre**
  - Itérer le moi(s) sans tabac, et renforcer la démarche partenariale dans la région.
  - Prioriser les actions de sortie du tabagisme sur les territoires à forte mortalité évitable à travers un renforcement des actions partenariales, et des dispositifs de soutien à l'abandon du tabac.
  - Soutenir et renforcer le sevrage tabagique notamment par l'incitation des professionnels de santé, dont les nouveaux prescripteurs à se former et à utiliser les outils d'aide au sevrage.
  - Renforcer l'action vers des territoires et publics prioritaires (jeunes, publics vulnérables, femmes enceintes, patients atteints d'un cancer, « publics en difficulté spécifique », publics à risque d'exposition cumulée (environnementale et/ ou professionnelle).
  - Renforcer la prise en charge des dépendances au tabac dans les établissements sanitaires (notamment par le renforcement des consultations de tabacologie, la formation des professionnels de santé au repérage, etc.), médico-sociaux (notamment par l'accès aux TSN, CO2 et développement de la formation des professionnels, etc) et sociaux, en lien avec les conduites addictives.
  - Diffuser les nouvelles recommandations INCa visant une réduction de la consommation d'alcool.
  - Renforcer la couverture vaccinale HPV. Mobilisation des professionnels en cohérence avec les orientations ministérielles à destination des médecins libéraux pour renforcer le taux de vaccination HBV, HPV
  - Déployer le repérage précoce et notamment par l'usage de la télédermatologie
  - Développer les prises en charge en hospitalisation à domicile ou les prestations à domicile
- **Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant la pertinence des soins et la sécurité :**
  - Renforcer la place de l'usager dans la décision thérapeutique (entrée dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique) et prendre en compte dans la décision thérapeutique tout au long du parcours des spécificités liées à l'âge, à la complexité médico-psychosociale, au choix du patient : lien gériatre oncologue, lien soins palliatifs oncologue sur le modèle des campagnes américaines et canadiennes « choosing wisely » (choisir avec soin),



- Améliorer la qualité de prise en charge à domicile : développer les prises en charge en hospitalisation à domicile ou les prestations à domicile - accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge de qualité plus en proximité du domicile
- Accompagner la qualité de la fin de vie par une anticipation de la démarche palliative
- Renforcer la sécurité et la pertinence des traitements en cancérologie en sécurisant le parcours (conciliation médicamenteuse), améliorant l'observance et en anticipant les effets secondaires (information, formation, déclaration, surveillance, éducation thérapeutique) pour limiter la iatrogénie
- **Faire évoluer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins**
  - Accompagner, restructurer les activités de soins dans le cadre du renouvellement des autorisations. Encourager les coopérations, les recompositions pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge, l'accès diagnostique et thérapeutique :
    - en chimiothérapie, l'objectif est d'aboutir à la constitution d'équipes d'oncologues et spécialistes d'organe qualifiés/compétents en cancérologie couvrant en expertise la cancérologie fréquente, portant les RCP spécialisées, et couvrant une file active suffisante pour développer la recherche clinique
    - en chirurgie des cancers, garantir le niveau d'expertise lié aux évolutions et la qualité de la prise en charge sans aggraver les ISTS. Veiller à l'adéquation entre la prise en charge et la qualité du plateau technique, l'environnement, la continuité des soins, la composition de l'équipe et le niveau d'activité pour les situations complexes et de recours. L'accès à la reconstruction et notamment la reconstruction immédiate doit être garanti.
    - en radiothérapie externe, engager les opérateurs non dotés pour un accès à la stéréotaxie.
- Axe 3 : Un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche**
- **Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge :**
  - Développer les pratiques avancées et les services numériques au service du parcours.
  - Encourager l'innovation par le développement au plan territorial de la recherche clinique, le soutien aux projets innovants (plateforme génomique, anatomocytopathologie numérique).
- Axe 4 : Permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire**
- **Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité**
  - Développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder la première consommation de tabac par des méthodes validées pour renforcer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des plus exposés (jeunes en formation professionnelle, etc.)
  - Multiplier les actions déployant les lieux sans tabac pour dénormaliser le fait de fumer
- Axe 5 : La santé dans toutes les politiques**
- **Structurer une stratégie de plaidoyer**
  - Actions de plaidoyer visant la réduction des facteurs de risque de cancer vers le monde du travail, et la cité..
  - Renforcer l'implication des municipalités dans la lutte contre le tabac (inscription de la lutte contre le tabagisme dans les CLS, mobilisation des villes comme partenaires d'actions dans le cadre de moi(s) sans tabac, développement de lieux publics sans tabac.



- Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante

→ En prévention primaire, à long terme, engager le maximum d'opérateurs dans le parcours éducatif en santé.

→ En prévention tertiaire, orienter les patients vers une prise en charge adaptée pour diminuer les facteurs de risque de récurrence et de moindre efficacité des soins.

Dans le cadre du PRAPS, un renforcement des actions de dépistage et de réduction des risques est prévu notamment en direction des personnes hébergées.

## Maladies chroniques cardiométaboliques

### 1. Etat des lieux

Les MCCM ont la particularité de présenter une interrelation forte. Elles recouvrent les cardiopathies ischémiques dont la complication majeure est l'insuffisance cardiaque chronique ainsi que trois des facteurs de risque (FDR) des cardiopathies ischémiques, le diabète, l'obésité et l'HTA, qui, au-delà d'être des facteurs de risque, sont également des affections chroniques à part entière nécessitant une prise en charge complexe de longue durée et pouvant évoluer elles-mêmes vers des complications graves.

L'insuffisance rénale chronique peut être également incluse dans les maladies cardiométaboliques chroniques en tant que complication notamment de la maladie diabétique et de la maladie hypertensive.

Il importe également de noter que les autres FDR des cardiopathies ischémiques sont l'âge, le sexe, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le stress et la sédentarité.

#### 1.1 Epidémiologie

En Île-de-France, selon les données de l'assurance maladie, ce sont plus de 2 millions de personnes qui sont pris en charge (traitées, en ALD et/ou ayant été hospitalisées) pour au moins une maladie cardio-métabolique en 2015<sup>38</sup> :

- 242 300 pour une cardiopathie ischémique, dont 30 % de femmes
- 96 600 pour insuffisance cardiaque, dont 50 % de femmes
- 547 800 pour diabète, dont 46 % de femmes
- 1 015 200 pour HTA, dont 60 % de femmes
- 8 400 pour insuffisance rénale chronique terminale traitée (avec 7 700 dialyses chroniques, 700 greffes), dont 39 % de femmes.

Ces chiffres sous-estiment la réalité puisqu'ils n'incluent pas, par nature, les pathologies silencieuses encore méconnues. Or, à titre d'exemple, l'HTA était non diagnostiquée et non traitée en 2006 chez 18% des adultes ayant participé à l'étude ENNS<sup>39</sup>. De même, on estime à environ 1% de la population adulte ayant un diabète méconnu<sup>40</sup> et à 10% la population ayant une dysfonction rénale méconnue.

Par ailleurs, en 2012, l'obésité concernait 14,5% de la population francilienne soit plus d'1,5 million de personnes dont un demi-million était en situation d'obésité sévère et 100 000 en obésité morbide.

Des inégalités territoriales majeurs sont observées en termes de prévalence du diabète, qui se traduisent par exemple par une forte corrélation entre l'IDH2 et la prévalence approximée par les ALD<sup>41</sup> et celle de l'obésité. La prévalence du diabète est la plus élevée dans les départements de la Seine Saint-Denis, du Val d'Oise et de la

<sup>38</sup> <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dependances/fiches-par-pathologie/maladies-cardio-neurovasculaires-1ere-partie.php>

<sup>39</sup> Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. Numéro thématique. Bull Epidemiol Hebdo 2008;(49-50):1-16.

<sup>40</sup> Cogneau J, Balkau B, Weill A, Liard F, Simon D. Assessment of diabetes screening by general practitioners in France: the EPIDIA Study.: diabetes screening in France. Diabet Med, 2006, 23, pp.803-7. <https://pdfs.semanticscholar.org/bd98/3b95b4de345e0b8bde24d29d136aded3f677.pdf>

<sup>41</sup> BEH 2014 n°30-31 <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/30-31/assets/img/contents/Art1-Fig2.jpg>

Seine et Marne, celle de l'obésité est plus marquée dans les départements de la Seine Saint-Denis, l'Essonne, le Val de Marne et de Seine et Marne chez les jeunes de 17 ans en 2014<sup>42</sup>.

### **1.2 Principales problématiques de santé**

Les MCCM constituent par l'augmentation régulière de leur prévalence et de leur incidence un enjeu majeur de santé publique. La prégnance de ces pathologies est la conséquence du vieillissement de la population et le fait que les MCCM sont souvent associées entre elles. Ainsi, les personnes atteintes de plusieurs MCCM sont polyopathologiques et l'approche « monopathologie » habituelle est peu adaptée dans ce cas.

Les MCCM sont en grande partie liées à des déterminants environnementaux et/ou sociaux, se traduisant également par des facteurs comportementaux. Aussi, vouloir diminuer la prévalence des MCCM suppose d'agir en premier lieu sur ces déterminants de santé. Il s'agit de mettre l'accent sur la prévention, notamment sur la promotion des environnements, contextes, et comportements favorables à la santé mais aussi sur le repérage et le dépistage précoce de ces pathologies qui pour certaines restent longtemps silencieuses et donc méconnues telles que l'HTA ou le diabète ou insuffisamment prises en compte par les professionnels de santé comme le surpoids, le tabagisme ou la sédentarité.

Enfin, les inégalités se construisent également dans les conditions de prise en charge : quand les MCCM sont déclarées, le parcours de soins s'inscrit dans la durée, fait appel à de nombreuses compétences professionnelles, ambulatoires et hospitalières et nécessite une coopération entre tous les acteurs et donc une organisation qui doit être simplifiée, accessible, proche du lieu de vie des patients. L'enjeu est donc de développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondée sur les bonnes pratiques, afin que chaque patient bénéficie du juste enchaînement, au bon endroit et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées aux soins ou à une autre prise en charge sociale et/ou médico-sociale. Il s'agit *in fine* :

- d'éviter les ruptures de prise en charge et les exacerbations,
- de mieux faire face aux épisodes aigus
- de retarder autant que possible l'évolution de la maladie,
- de préserver une qualité de vie.

L'évolution des organisations territoriales en cours et à venir en Île-de-France (le déploiement accru des structures d'exercice collectif, des dynamiques territoriales et des dispositifs d'appui à la coordination et le partage d'informations à travers des outils numériques, cf. l'axe 1) devraient contribuer à cette meilleure coordination des acteurs.

Enfin, l'appropriation par les personnes de leur parcours de soins/santé revêt une importance particulière, en raison de la complexité intrinsèque du parcours mais aussi parce que ces pathologies souvent associées à d'autres pathologies, suivent un gradient social défavorable, s'inscrivent dans la durée et peuvent avoir un retentissement conséquent sur la vie quotidienne, au plan fonctionnel et/ou social. Ainsi l'ETP et les autres dispositifs d'accompagnements de proximité humains ou dématérialisés prennent ici toute leur place.

### **1.3 Principales professions**

Les principales professions concernées par les MCCM sont les médecins généralistes, les spécialistes (cardiologues pour les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque et l'HTA, endocrinologues pour le diabète et l'obésité et néphrologues pour l'insuffisance rénale chronique, gériatres) en ville et à l'hôpital, les infirmiers, les pharmaciens, les diététiciens, les kinésithérapeutes, les laboratoires.

---

<sup>42</sup> Escapad 2014

En 2015, en Île-de-France on compte:

- 18 500 médecins généralistes (18% des effectifs nationaux),
- 1 600 cardiologues (24% des effectifs nationaux),
- 467 endocrinologues (26% des effectifs nationaux),
- 370 néphrologues (22% des effectifs nationaux),
- 470 gériatres spécialistes (27% des effectifs nationaux),
- 102 000 IDE (16% des effectifs nationaux),
- 2 091 diététiciens (20% des effectifs nationaux).

Pour les médecins généralistes, on note une stabilité des effectifs depuis 2011 et presque 10% des postes aux examens classants nationaux n'ont pas été pourvus en 2013, 2014 et 2015.

## 2. Sens de l'action à conduire

- **Passer d'une approche par pathologie à une approche décloisonnée des MCCM**
- **Réduire les facteurs de risque des MCCM** avec un accent mis sur l'alimentation / nutrition, la pratique de l'activité physique et le cadre de vie notamment professionnel et le tabagisme
- **Améliorer la capacité du système de santé et notamment celle des professionnels de soins primaires à repérer plus précocement les MCCM.** Quel que soit le professionnel concerné (infirmières, pharmaciens, médecins traitant, éducation nationale, médecine du travail, etc.), il importe que ce repérage conduise à une orientation, éventuellement accompagnée, et une prise en charge adaptée
- **Améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge des MCCM dans le cadre des soins de premier niveau** en améliorant le lien ville-hôpital, en promouvant des ETP polypathologie notamment dans les structures d'exercice collectif<sup>43</sup> et en prenant en compte les spécificités liées à l'âge, à la complexité sociale et psycho-sociale
- **Préserver ou améliorer la qualité de vie** en promouvant les dispositifs d'accompagnement de proximité, en promouvant l'activité physique chez les personnes atteintes de MCCM (Prescri'Forme), en facilitant la reprise et la poursuite de l'activité professionnelle
- **Prendre en compte le gradient social des MCCM et les zones fragiles en termes d'offre de prévention/soins/médico-social** en réalisant dans un premier temps des diagnostics territoriaux

## 3. Objectif formalisés

- Améliorer la couverture du repérage/dépistage des MCCM :
  - connaître le taux de personnes dépistées en CMUc et AME
  - augmenter le taux de patients dépistés avec une orientation effective chez le médecin traitant (10 % de coupons T retournés en 2017 sur les 35 % présentant une anomalie)
- Améliorer le lien ville-hôpital
  - augmenter le taux de consultations du MG dans les 14 jours du retour à domicile (RAD) après séjour MCO pour décompensation cardiaque (51% en 2015 en Île-de-France)

<sup>43</sup> Crozet C\*, Boudraï-Mihoubi N, Alphonse M, Frété M, d'Ivernois JF. Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ . décembre 2017 ; 9 ; 1 : 10107

- diminuer le taux de ré hospitalisation avant 6 mois en partant d'un taux à T0 et mesurer la proportion de MG des 5 communes entrant dans le dispositif autour du CH de Gonesse (diabète)
- Eviter les ruptures de prise en charge :
  - diminuer le taux de ré hospitalisations dans les 6 mois du RAD après séjour MCO pour décompensation cardiaque (23,4% en 2015)
  - diminuer le taux de passages par les urgences en cas de ré hospitalisation pour insuffisance cardiaque (60% en 2015)

#### 4. Principales stratégies d'intervention

##### AXE 1

- 1,1 Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales intégrées autour des parcours
  - Réaliser 28 animations territoriales prévues d'ici 2020 via le CAQES<sup>44</sup> volet pertinence, en contractualisant avec 14 établissements de santé, répartis sur les 8 départements pour améliorer le parcours du ICC (lien ville-hôpital) (axe 2, axe 3)
  - Etendre les animations territoriales ICC aux MCCM (axe 2, axe 3)
  - Déployer l'expérimentation IDE de coordination ville-hôpital de Gonesse (selon résultat de l'évaluation)
  - Organiser la filière médicale Obésité
- 1,2 Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés
  - Etablir un diagnostic régional de prévention et dépistage des FDR des MCCM et un programme de déclinaison cohérent en milieu ambulatoire
  - Elargir le co-dépistage IRC-Diabète-Obésité au dépistage des maladies cardio-vasculaires tout en :
    - renforçant la participation des structures d'exercice collectif au co-dépistage
    - étendant le co-dépistage aux collectivités territoriales ainsi qu'aux populations démunies ou éloignées du système de santé (axe 2,2)
  - Diffuser la culture du repérage des MCCM à l'aide des questionnaires d'évaluation des risques disponibles (Findrisk, risque cardio vasculaire de la HAS...)
  - Poursuivre l'action diabète inter URPS (journée grand public, formation continue des PS, dépistage en officines pendant 1 mois sur des publics à risque)
- 1,4 Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours, rapprocher les ressources et les acteurs de la santé au plus près du domicile
  - Renforcer la participation des centres de santé au dépistage des rétinopathies diabétiques (OphDiat)
  - Développer la télésurveillance :
    - des patients diabétiques grâce à des objets connectés et des patients ICC (expérimentation sur la PTA ONCO 94)
    - du pied diabétique
    - pré et post opératoire des patients obèses (TEO)
    - des patients complexes traités par AVK
    - des patients ICC et des patients porteurs de prothèses rythmiques

<sup>44</sup> CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

- 1,5 Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes (PTA)
  - S'assurer de l'intégration des outils liés aux MCCM dans les PTA
- 1,6 Expérimenter des modes de financement permettant d'éviter les ruptures induites par les modes de tarification
  - Suivre les expérimentations de l'Assurance maladie :
    - prise en charge de la consultation diététicienne et de psychologue pour la prévention des patients adultes à haut risque de diabète (expérimentation Seine Saint-Denis (93), Bas-Rhin et la Réunion) (axe 2,2)
    - de prévention de l'obésité chez le jeune enfant de 3 à 8 ans (93, Hauts de France, La Réunion) (axe 2,6)
  - Poursuivre les expérimentations de prises en charge des débuts de décompensation cardiaques (ICC) par les IDE libérales pour éviter l'hospitalisation
  - Mettre en place des expérimentations de financement des IDEL pour l'ETP après formation au plus près du domicile du patient (structure d'exercice collectif, cabinet d'IDEL,...)
- 1,7 Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
  - Promouvoir des ETP poly pathologie notamment dans les structures d'exercice collectif (axe 4)
  - Déployer le parcours sport santé dans le cadre de la prescription d'activité physique aux patients en ALD, souffrant d'une obésité, d'une HTA (hors ALD) (Prescri'Forme) (axe 5)

## AXE 2

- 2,2 Prioriser les moyens en fonction des besoins, notamment sur les zones en sous-offre et les établissements ressources pour leur territoire proche
  - Produire un diagnostic territorial sur les MCCM (épidémiologie, démographie des PS de premier recours) et cibler les départements prioritaires
- 2,3 Optimiser les prises en charge non programmées et la capacité de réponse du système de santé
  - Poursuivre l'expérimentation en cours d'une filière d'accès dédiée diabétologie à une consultation semi urgente ou hospitalisation au CH Gonesse
  - Déployer la consultation semi-urgente d'ICC au sein des ES
  - Impliquer les cardiologues libéraux dans les consultations non programmées des patients ICC en début de décompensation cardiaque
  - Poursuivre les expérimentations de prise en charge des débuts de décompensation cardiaque des ICC par des IDEL pour éviter l'hospitalisation
- 2,4 Faire progresser la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge notamment pour diminuer la iatrogénie
  - Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique
  - Expérimenter et déployer après évaluation la mise en place d'une conciliation médicamenteuse sur le CH Gonesse
  - Développer l'action de promotion du conseil pharmaceutique afin d'améliorer l'observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 (axe 1,7)
  - Promouvoir les consultations post hospitalisation d'optimisation et adaptation thérapeutique pour les MCCM
- 2,5 Faire évoluer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins

- Promouvoir et organiser les filières d'aval au MCO (SSR,..) qui permettent d'optimiser les traitements de sortie et plus largement la prise en charge post aigu (ETP, activité physique,..) (axe 2,4)
- Améliorer et faciliter l'accès aux services de rythmologie interventionnelle pour les patients insuffisants cardiaques
- 2,6 Mettre en œuvre un panier de service pour les jeunes enfants
  - Développer la prévention de l'obésité du jeune enfant en lien avec la PMI

### AXE 3

- 3,2 Développer la recherche en santé sur les déterminants de santé et les organisations
  - S'assurer de l'intégration des MCCM dans la recherche en soins primaires
- 3,3 Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge
  - Développer les registres e-MUST, CARDIO-ARSIF et de rythmologie
- 3,4 Mettre en place une organisation régionale de promotion et d'accompagnement à la diffusion en santé dans les territoires
  - S'assurer de l'intégration des MCCM dans Terr-esanté
  - S'assurer de l'intégration des MCCM dans sante.fr

### AXE 4 Rendre chaque Francilien acteur de sa santé

- 4,1 Accroître le rôle des représentants des usagers et des patients experts
  - Développer la construction des programmes ETP avec les patients experts
  - Associer des patients experts ou des patients ressources dans les COPIL et les COREG et dans les projets d'actions de l'Agence
- 4,3 Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité
  - S'assurer de l'intégration des MCCM dans promosanté.fr
- 4,4 Faire de sante.fr un outil de référence

### AXE 5 Mobiliser les politiques publiques au service de la santé

- 5,1 Structurer une stratégie de plaidoyer
  - S'assurer de l'intégration des MCCM dans la stratégie de plaidoyer
    - pour la promotion de la santé, la prévention (activité physique, nutrition et qualité de l'alimentation, notamment s'agissant des politiques impactant les publics vulnérables, ...)
- 5,5 Agir sur l'activité physique, la nutrition et la qualité de l'alimentation
  - Mettre en œuvre le plan régional sport santé dans son volet prescription d'activité physique adaptée sur ordonnance : dispositif Prescri'Forme (axes 1,6 et axe 4)
  - Réviser la fiche nutrition du guide du promoteur.

## QUATRIEME PARTIE : ACTIVITES DE SOINS AUTORISEES ET PERMANENCE DES SOINS



## Introduction à la quatrième partie

Le SRS, établi pour 5 ans sur la base d'un diagnostic des besoins et de l'offre de santé, doit déterminer des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du cadre d'orientation stratégique (COS).

Le SRS est opposable pour ce qui les concerne aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Etabli sur la base du droit positif actuel, il demeure le document de référence sur lequel vont se fonder les décisions structurant l'offre de soins à travers le maillage, la répartition et l'organisation des activités sur les territoires.

Aussi, si le SRS est un schéma unique construit dans une approche intégrée du système de santé, il doit déterminer des objectifs propres à chacune des activités de soins et à l'ensemble des équipements matériels lourds soumis à autorisation, listés aux articles R.6122-25 et R. 6122-26 du CSP. Le schéma doit traiter de la forme selon laquelle les activités sont exercées : pratiques thérapeutiques, modalités de prise en charge, hospitalisation complète, alternatives à l'hospitalisation, HAD. En outre, un volet spécifique du SRS concerne la PDSES.

Dans cette partie, le SRS précise :

- les objectifs à la fois qualitatifs et quantitatifs et de l'offre de soins, présentés par thématique,
- les créations et suppressions d'activités de soins et EML attendues ainsi que les transformations, les regroupements et les coopérations envisagés.

Ces objectifs sont à décliner dans chaque zone de répartition des activités de soins et des EML. En Île-de-France, après consultation du Préfet de Région et de la CSOS, le Directeur général de l'Agence régionale de santé a conservé le département comme territoire opposable de référence pour la gestion des autorisations sanitaires (arrêté n°17-925 du 21 juin 2017).

Différents Copils thématiques, réunis régulièrement pendant la période d'élaboration du PRS 2, ont contribué aux travaux d'élaboration du schéma : partage du bilan du PRS1 et du diagnostic, estimation des besoins par activité, concertation sur les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins à déterminer par activité, par EML et par territoire opposable.

L'ARS Île-de-France maintient dans ce schéma les modalités de fixation des objectifs quantifiés (OQOS) retenues pour le PRS 1, à savoir la quantification des cibles :

- par un seul nombre pour les activités, modalités ou territoires concernés par une stabilisation de l'offre,
- par une fourchette (minimum/maximum) pour traduire des évolutions attendues ou prévisibles de l'offre.

La réglementation prévoit en outre pour la PDSES la détermination des objectifs par zone de répartition des activités en nombre d'implantations par spécialité médicale et par mode d'organisation.

L'offre à partir de laquelle les implantations cibles sont fixées dans le SRS correspond à l'existant autorisé (qui intègre les opérations autorisées non mises en œuvre). Les OQOS restent à droit constant comptabilisés au niveau de l'entité géographique qui correspond au lieu de réalisation de l'activité de soins ou détention de l'EML et non de l'entité juridique, cette dernière pouvant couvrir plusieurs lieux géographiques.

Une révision du cadre juridique, aujourd'hui initiée au niveau national, doit aboutir à une réforme globale du régime des autorisations qui vise à davantage prendre en compte les nouveaux enjeux et les évolutions de l'organisation des soins : territorialisation de l'offre, amélioration des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge, introduction de l'innovation en santé et des enjeux d'évaluation. Une révision du périmètre des activités de soins soumises à autorisation et une refonte des décrets fixant les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantations réglementaires sont aujourd'hui programmées.

Une révision des SRS en région est ainsi annoncée dès 2020 pour permettre la prise en compte des évolutions réglementaires (nouveaux décrets relatifs aux activités traitées dans les deux premières vagues de la réforme 2018-2019: urgences, imagerie et imagerie interventionnelle, médecine nucléaire, oncologie, chirurgie, périnatalité et SSR).

Dans ce contexte de réforme engagée qui vise notamment à adapter le régime juridique des autorisations à l'évolution de la structuration de l'offre de soins territoriale à la faveur notamment d'organisations regroupées, l'article 51 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 instaure un cadre général qui permet des expérimentations relatives à l'organisation des soins.

Dans le cadre de cet article 51, des dérogations au droit existant seront rendues possibles dans des buts bien définis : développer le financement au parcours ou à la séquence de soins, inciter à la mise en place d'organisations innovantes, favoriser les modes d'exercice regroupé, lutter contre les déserts médicaux, améliorer la pertinence de la prise en charge et celle des prescriptions.

L'article 51 prévoit ainsi qu'il soit dérogé aux dispositions de l'article L.6122-3 du CSP, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation souhaitée « afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ».

Sur la base de cet article, l'ARS pourra, en accord avec les acteurs concernés, déroger au droit des autorisations sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et dans la limite fixée par les textes d'application. Ces autorisations dérogatoires seront conditionnées par une organisation territoriale des soins permettant de garantir sur l'ensemble des sites la sécurité et la qualité des soins.

**Focus sur les soins palliatifs :**

Depuis la nouvelle loi de santé publique de janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé, les dispositifs en soins palliatifs (reconnaitances contractuelles) ne font plus l'objet d'implantations opposables pour les unités de soins palliatifs (USP) et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). Depuis la suppression de la notion de mission de service public (MSP), les soins palliatifs ne figurent donc plus en tant que tels dans le SRS.

L'ARS Île-de-France continue cependant à renforcer le dispositif des soins palliatifs. Comme demandé dans le dernier plan national (2015-2018) pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, une coordination régionale des soins palliatifs a été installée et pour ce faire une convention de partenariat a été signée avec la CORPALIF (coordination régionale des soins palliatifs). Le champ des soins palliatifs va continuer à être développé pour que plus de patients atteints de pathologies en stade avancé soient pris en charge.

Ainsi :

- les organisations territoriales des professionnels de soins palliatifs veilleront à couvrir les EHPAD ;
- l'anticipation de la mise en place de la démarche palliative va être renforcée notamment en cancérologie par la tenue de RCP onco-palliatives ;
- pour permettre une prise en charge concertée entre professionnels de santé, une astreinte H24 de soins palliatifs tenue par des médecins experts en soins palliatifs devra être déployée ;
- la Corpalif en lien avec l'ARS devra veiller à garantir des organisations permettant d'éviter les ruptures de parcours pour la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs ;
- pour aider à la prise en charge au domicile des patients relevant de soins palliatifs, les hôpitaux de jours de soins palliatifs ainsi que l'HAD doivent être développés afin d'assurer l'interface entre le domicile et l'hospitalisation ;
- l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (l'ERRSPP) doit continuer sa mission d'acculturation auprès des professionnels en soins palliatifs adultes.

## Médecine

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

En juin 2018, 210 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de médecine dans la région : 186 détiennent l'autorisation d'exercer cette activité en hospitalisation complète (HC) et 167 en hôpital de jour (HDJ). 41 structures autorisées en HC ne détiennent pas à ce jour d'autorisation pour exercer cette activité en ambulatoire. Par ailleurs, 77 sites sont autorisés exclusivement en HDJ.

Les caractéristiques démographiques à prendre en compte en priorité sont le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et une dynamique populationnelle forte en périphérie de la région.

L'activité globale francilienne pour 2016 représente 1 740 089 séjours :

- 54% des séjours ont été effectués en hospitalisation complète, pour les 2/3 dans des établissements publics (AP-HP 1/3, et EPS 1/3). Le taux d'évolution 2014-2016 est de +3,7% et le taux d'occupation est de 75%, homogène entre public et privé.
- 29% des séjours correspondent à une activité de médecine en hospitalisation de jour, hors endoscopies (41% des séjours à l'AP-HP, 24% dans les EPS, 27% dans les ESPIC et 15% dans le privé),
- Les endoscopies représentent 17% de l'hospitalisation de jour (82% dans les établissements privés lucratifs, 8% dans les EPS, 6% à l'AP-HP et 4% dans les ESPIC).  
Le taux d'évolution globale de l'hospitalisation de jour est de +6,7% entre 2014 et 2016 ; le taux d'occupation est de 73%.

L'offre est répartie selon un gradient de densité décroissant du centre vers la périphérie. Les établissements (publics et privés) suivent une politique de regroupement. Cette dynamique doit s'inscrire dans le cadre de la prise en compte du projet « Grand Paris.

Quelques points d'attention sont à souligner : la vétusté de certains établissements, la nécessité de moderniser et restructurer les plateaux techniques et la dégradation de la démographie médicale dans les cinq années à venir dans certaines disciplines.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'offre régionale de médecine en hospitalisation complète est suffisante pour couvrir les besoins.

- **Pas d'implantation supplémentaire en hospitalisation complète** pour créer ex nihilo de nouvelles unités de médecine,
- **Ouverture de quelques implantations à destination d'établissements psychiatriques ne disposant pas de l'autorisation de médecine** et réalisant des prises en charge en addictologie (notamment avec comorbidités psychiatriques) et des prises en charges somatiques (en particulier, pour des patients présentant un handicap psychique ou une pathologie psychiatrique).

Les opérateurs concernés devront présenter un projet médico économique validé par l'ARS:

- proposant une réelle substitution,
- permettant d'une part un renforcement des filières territoriales d'addictologie et d'autre part une meilleure articulation entre prise en charge somatique et psychiatrique dans des établissements spécialisés.

Pour permettre cette conversion, une implantation supplémentaire est prévue en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour dans chacun des départements.

En médecine, l'enjeu est l'accompagnement des transformations de l'offre dans le centre de la région et le maintien d'une offre sécurisée à la périphérie. Ces actions nécessitent une définition de l'offre de proximité attendue selon les territoires et une réflexion sur les concepts de proximité, recours et recours spécialisé.

- **Accompagnement des opérations de recomposition de l'offre (regroupements d'établissements)**
- **Ajustement sur des unités de taille adaptée à une prise en charge optimale**
- **Approche territoriale de l'organisation de la médecine**
- **Gradation de l'offre de soin et structuration des plateaux techniques**

Par ailleurs afin d'accompagner le virage ambulatoire, il convient de développer les capacités en hôpital de jour prioritairement par substitution en fonction des territoires concernés.

- **Amélioration de l'offre en hospitalisation à temps partiel**
- **Poursuite du développement de l'ambulatoire: plus d'hospitalisation complète sans hospitalisation partielle**
- **Travail sur le virage ambulatoire en médecine**
- **Développement du recours à l'hospitalisation à domicile.**

## **DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS**

La création ex nihilo de nouvelles unités de médecine (HC) n'est pas justifiée sur l'ensemble du territoire régional. Des opérations de regroupements sont engagées ou envisagées afin notamment de permettre aux établissements d'atteindre le seuil critique et/ou d'optimiser leurs organisations. Certaines de ces restructurations pourront avoir un impact sur le nombre d'implantations de médecine (territoires de Seine et Marne, Essonne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis). Le virage ambulatoire doit concerner l'ensemble des territoires de la région. Des implantations sont ainsi prévues dans tous les départements pour permettre aux établissements détenant exclusivement une autorisation de médecine en hospitalisation complète de développer l'activité en ambulatoire.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

### Médecine en hospitalisation complète :

Médecine- Hospitalisation complète			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	41	41	42
77	15	15	16
78	23	23	24
91	23	22	24
92	31	30	32
93	17	16	18
94	21	21	22
95	15	15	16
<b>TOTAL IDF</b>	<b>186</b>	<b>183</b>	<b>194</b>

### Médecine en hospitalisation de jour :

Médecine - Hospitalisation de jour			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	40	40	49
77	16	15	18
78	19	19	27
91	18	18	25
92	27	26	35
93	18	16	20
94	16	16	23
95	13	13	18
<b>TOTAL IDF</b>	<b>167</b>	<b>163</b>	<b>215</b>

**Médecine – hospitalisation à domicile:**

<b>Médecine - Hospitalisation à domicile</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	4	3	4
78	2	2	2
91	0	0	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	1
<b>Total IDF</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>12</b>

## Chirurgie

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

La chirurgie comprend 12 spécialités chirurgicales. A l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie qui font l'objet d'autorisations spécifiques, l'autorisation de chirurgie regroupe l'ensemble des 10 autres spécialités.

La chirurgie interagit fortement avec d'autres autorisations, soit en lien direct avec d'autres autorisations : chirurgie des cancers soumis à seuil ou non, chirurgie des greffes, soit de façon indirecte avec la périnatalité, la réanimation, les urgences, l'imagerie, l'endoscopie...

En Île-de-France, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, le nombre d'implantation de chirurgie ayant fortement diminué, passé de 256 en 2000 à 155 en 2017. La chirurgie représente environ 1 M de séjours, sur les 3,2 M de séjours MCO. L'activité connaît une croissance d'environ 1% par an dans un contexte de concentration de l'offre très régulière. Cette croissance se fait globalement dans toutes les spécialités.

Il est à noter que la croissance concerne davantage les établissements ayant déjà une activité supérieure à la moyenne régionale. A contrario les établissements ayant les niveaux d'activité les moins importants font face à une décroissance de leur activité.

L'évolution en termes d'activité est également liée aux équipes, au plateau technique, aux équipements disponibles, ou encore aux organisations mises en place (ambulatoire, RAC<sup>45</sup>...) ...

La répartition territoriale de l'offre en chirurgie est inégale. L'offre de soins est concentrée en majorité sur Paris et en petite Couronne. Plus de 40% de la population francilienne résidant en grande couronne, le maintien d'une offre de qualité prenant en compte la proximité reste l'enjeu majeur de ce volet pour les prochaines années.

Ces 15 dernières années, la chirurgie ambulatoire a connu un développement très soutenu et demeure un objectif national. Elle est passée au-dessus des 50% en 2013 et poursuit une croissance avec un objectif d'atteindre 67% en 2020.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

#### ➤ Renforcer une offre de chirurgie de qualité, graduée et sécurisée en fonction des besoins

Depuis une quinzaine d'année, on constate une réduction du nombre de plateaux techniques obstétricaux et chirurgicaux. Le maintien de l'offre chirurgicale notamment dans les sites éloignés doit se faire dans une organisation territoriale. Il s'agit de proposer par spécialités chirurgicales une offre en réseau, multi sites, en lien avec un volume d'activité global, et de s'assurer d'une répartition de l'offre graduée, tenant compte de la technicité des plateaux techniques adaptées aux prises en charge, de la démographie professionnelle, de la population.

La gradation de l'offre peut se faire selon les territoires en offre de chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire, ou en ambulatoire seul. En cas de non maintien d'une activité chirurgicale, il peut être mis en place des consultations avancées permettant d'avoir un avis chirurgical de proximité.

<sup>45</sup> Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie



➤ **Disposer d'équipes médicales suffisantes par spécialités**

En lien avec le premier objectif, l'organisation proposée doit pouvoir être assurée par des équipes suffisamment étoffées pour assurer l'activité, la PDSSES, la formation, l'attractivité. Pour ce faire, la mutualisation des équipes par spécialités au sein des territoires doit permettre de renforcer les effectifs et assurer l'ensemble de l'activité dans chacune des spécialités.

➤ **Favoriser l'évolution des équipements et plateaux techniques**

Le renforcement des équipements ne peut se faire sans tenir compte de l'offre de soins sur un même territoire afin d'éviter d'investir ou de maintenir de manière simultanée et redondante dans des infrastructures, des équipements ou des équipes médicales. Les investissements d'avenir doivent être coordonnés et conditionnés à une logique d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé, en suscitant que les équipes de secteurs différents d'un même territoire unissent leurs forces et leurs moyens autour de plateaux techniques existants et partagés.

En lien avec la gradation des soins et les équipes mutualisées, il convient de favoriser l'évolution différenciée selon les sites des plateaux techniques (blocs opératoires et salles adossées) vers des équipements à plus ou moins forte valeur ajoutée après évaluation des spécificités de chaque territoire dans le contexte du maillage territorial.

➤ **Favoriser un accès égal aux innovations technologiques et organisationnelles**

- Il s'agit, en particulier, d'accompagner le déploiement des nouvelles pratiques telles que la RAC ou d'axes prioritaires tels que la chirurgie ambulatoire.
- Evaluer les innovations techniques ou thérapeutiques une fois déployée à l'échelle régionale. Pour ce faire, une mesure d'indicateur peut être menée en routine pour des gestes ciblés au travers de la mise en place d'un registre. L'émergence de la robotisation dans certaines spécialités chirurgicales peut concourir à la logique de regroupement.

## DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

La région ne présente pas de besoin de création ex nihilo d'activité de chirurgie au sein d'établissements n'exerçant pas cette activité.

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être poursuivi, et ce également dans des structures dédiées en lien avec des opérations de regroupement ou de restructuration d'établissements de santé.

Dans le contexte de la gradation de l'offre de soins et de l'évolution des plateaux techniques, il convient de poursuivre les opérations de regroupement ou de restructuration d'établissements de santé.

- **PARIS** : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire, dans un contexte soit d'activité fragile, soit de transfert d'activité.
- **SEINE ET MARNE**: des réorganisations doivent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux et à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins en particulier pour les sites les plus excentrés.

- YVELINES : des réorganisations doivent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux et à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins en particulier pour les sites les plus excentrés, notamment en lien avec les difficultés de démographie médicale.
- ESSONNE : il est souhaitable que les sites chirurgicaux les plus fragiles se réorganisent pour assurer l'accessibilité aux soins de proximité particulièrement pour les sites les plus excentrés.
- HAUTS DE SEINE : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire.
- SEINE SAINT DENIS : il est souhaitable que les sites chirurgicaux fragiles en raison de la démographie médicale se réorganisent pour assurer l'accessibilité aux soins de proximité.
- VAL DE MARNE : des réorganisations peuvent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux ou à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins.
- VAL D'OISE : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

### Chirurgie en hospitalisation complète :

Chirurgie - Hospitalisation complète			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	40	38	40
77	14	12	14
78	14	13	14
91	13	11	13
92	22	20	22
93	16	16	16
94	16	14	16
95	11	10	11
<b>Total IDF</b>	<b>146</b>	<b>134</b>	<b>146</b>

## Chirurgie ambulatoire:

Chirurgie - Hospitalisation de jour			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	44	41	44
77	14	12	14
78	14	14	14
91	14	13	14
92	21	19	21
93	16	16	16
94	16	14	16
95	12	12	12
<b>Total IDF</b>	<b>151</b>	<b>141</b>	<b>151</b>

## Périnatalité

### L'OFFRE DE SOINS EN PERINATALITE

L'offre de soins de périnatalité soumise à autorisation concerne les activités de soins suivantes :

- **Gynécologie -obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (maternités de types I, II et III)**
- **Assistance Médicale à la Procréation (AMP)**
- **Diagnostic prénatal (DPN)**

Ces activités de soins sont régies par le code de la santé publique et par les lois de Bioéthique.

La pratique de l'orthogénie réalisée en établissement de santé relève d'une reconnaissance contractuelle qui figure dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).

## Activité de Gynécologie - obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

La gynécologie-obstétrique est une discipline mixte, médicale et chirurgicale :

- L'obstétrique désigne toutes les interventions en rapport avec la grossesse, qu'il s'agisse de la femme enceinte ou de son fœtus,
- La gynécologie s'intéresse à la femme, quel que soit son âge, et aux maladies touchant l'appareil génital féminin : vulve, vagin, utérus, trompes et ovaires.

**Dans un bloc obstétrical sont régulièrement requis en même temps 4 professionnels différents : la sage-femme, le gynécologue- obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre ce qui demande une bonne coordination de cette équipe.**

Des situations obstétricales chirurgicales complexes, comme en cas de traitement chirurgical d'une hémorragie du post-partum, peuvent nécessiter l'aide d'une compétence en chirurgie viscérale et il est important de pouvoir disposer sur un même plateau technique de ce type de compétence, sans oublier le recours si nécessaire à la réanimation.

**La réglementation a modifié le périmètre de l'exercice de la profession de sages-femmes. La planification de l'offre des soins en gynécologie -obstétrique notamment en ambulatoire s'appuiera sur ces évolutions.**

L'offre de soins pour les établissements dotés d'une unité d'obstétrique avec ou sans unité de néonatalogie est régie par les décrets d'octobre 1998 qui posent le principe d'une organisation hiérarchisée selon les niveaux de soins en néonatalogie, sans tenir compte des pathologies maternelles. Ces unités de néonatalogie prennent en charge des nouveaux-nés hospitalisés à partir de la maternité et ou entrés avant 29 jours de vie.

- Une maternité de type I dispose d'une unité d'obstétrique.
- Une maternité de type II dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Une distinction est faite entre le type IIA (maternité disposant d'une unité de néonatalogie simple) et le type IIB (maternité qui dispose, en plus dans son unité de néonatalogie, de lits de soins intensifs).
- Une maternité de type III comprend une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie avec des lits de néonatalogie, des lits de soins intensifs et une unité de réanimation néonatale.

Une organisation en réseau entre les différentes maternités d'un même territoire est prévue par les textes réglementaires. L'Île-de France compte 7 réseaux de périnatalité qui couvrent l'ensemble de la région sans compter le REHVO (réseau ville hôpital pour l'orthogénie), le RPSOF (*Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien*), SOLIPAM (réseau Solidarité Paris Maman) et le DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires).

**Les trois principaux défis** à relever pour l'exercice de ce PRS2 sont :

- Faire baisser la mortalité maternelle en raison d'une surmortalité maternelle qui persiste en Île-de-France: taux de mortalité maternelle de 12/ 100.000 naissances en Île-de-France versus 8,3 pour le reste de la métropole<sup>46</sup>;
- Faire baisser la mortalité infantile et néonatale qui est supérieure dans la région à celle de France métropolitaine :
  - Mortalité infantile : 3,8/1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 3,5/1000 en France<sup>47</sup>,
  - Mortalité néonatale : 2,7 /1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 2,4 /1000 en France;
- Modifier les pratiques de l'accouchement et l'organisation des blocs de naissances afin de mieux accompagner la prise en charge de l'accouchement physiologique et / ou naturel.

**Constats et bilan du PRS 1:** En Île-de-France, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, et plus particulièrement depuis 2012 : le nombre de maternités a diminué de 12 % depuis la parution du PRS 1, passant de 92 implantations à 81 (données de juin 2018) :

Type de maternité tout statut	Autorisations 2018	Evolution 2012-2017
Type I	22	-10
Type IIA	26	-1
Type IIB	18	=
Type III	15	=

Pendant cette période, un Centre Périnatal de Proximité (CPP) a été mis en place dans le département de l'Essonne.

En termes d'activité, le volume des accouchements réalisé sur la région Île-de-France est en baisse depuis deux années consécutives (178 167 accouchements enregistrés en 2016 versus 182 830 en 2014). L'année 2017 s'annonce aussi à la baisse et les projections réalisées jusqu'en 2022 vont globalement dans ce sens.

Cette évolution de l'offre (fermetures de sites et regroupements) a essentiellement concerné les établissements privés lucratifs qui ont vu leur activité fortement diminuer, principalement dans les maternités de types I et II A. Le report de l'activité a eu lieu en majeure partie sur des maternités de type II B et de type III ayant déjà un volume d'activité au-delà de 2800 accouchements.

En 2015, pour 182 109 accouchements enregistrés en Île-de-France, 17 % des accouchements ont eu lieu en type I, 28 % en type II A, 23 % en type IIB et 32 % en type III. Face à ce constat, l'ARS a été amenée à renforcer la permanence des soins dans les maternités de type III réalisant plus de 4000 accouchements et à demander dans le cadre des CPOM une organisation des inscriptions permettant de contenir le volume d'activité autour de 5000 accouchements pour ces maternités de type III.

<sup>46</sup> Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) de 2010 -2012

<sup>47</sup> Insee exploitation Perinat ARS-ID moyenne sur 3 ans (2013,2014, 2015)

En Île-de-France, la répartition territoriale de l'offre en gynécologie-obstétrique est inégale. L'offre de soins est concentrée en majorité sur Paris et en petite Couronne. Le maintien d'une offre de qualité prenant en compte la proximité reste un enjeu majeur pour les prochaines années. L'Agence entend poursuivre ses efforts notamment pour maintenir une offre de périnatalité en grande couronne et aux marches de la région.

La capacité totale en lits de néonatalogie (NN, SI, REA) est suffisante sur la région. Cependant, à périmètre constant, de nouvelles répartitions doivent avoir lieu entre les différentes unités de néonatalogie des établissements, au sein du territoire et entre les territoires en fonction de la gradation de l'offre et des taux de fuite corrigés observés par territoire.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'ARS Île-de-France est confrontée à des indicateurs de périnatalité défavorables.

Dans la suite du PRS1, elle doit s'attacher à :

- Réduire la surmortalité observée en Île-de-France en périnatalité, surmortalité maternelle<sup>48</sup>, infantile et néonatale<sup>49</sup> ;
- Réduire les disparités territoriales en termes d'indicateurs de morbi-mortalité périnatale.

Pour y contribuer, plusieurs défis sont à relever par l'ARS Île-de-France pour l'exercice du PRS2 en matière d'offre de soins en établissement de santé :

- **Structurer une offre de qualité, prenant en compte la proximité du domicile, pour le suivi de grossesse et dans le postpartum, dans le cadre d'un parcours ville hôpital structuré ;**
- **Garantir une prise en charge de l'accouchement / la naissance sur un plateau technique assurant qualité et sécurité des prises en charge ;**
- **Accompagner l'évolution des pratiques de l'accouchement et l'organisation des blocs de naissances, afin de mieux accompagner les demandes de prise en charge de l'accouchement physiologique et /ou naturel.**

L'évolution de l'activité de périnatalité est fortement impactée dans la région francilienne par :

- Les tensions démographiques sur l'anesthésie, l'obstétrique et la pédiatrie ;
- Le principe de la libre installation (privé) ou du choix d'affectation des médecins (public)
- Les initiatives du secteur privé pour la fusion ou la fermeture d'établissement ;
- Les évolutions dans le secteur public visant les regroupements d'activités dans le cadre des GHT ;
- L'évolution des implantations en chirurgie, limitant les recours au chirurgien viscéral ;
- Une baisse de la natalité, notamment au cours des 3 dernières années, affectant tous les départements franciliens mais de façon non homogène.

<sup>48</sup> Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) de 2010 -2012 : taux de mortalité maternelle de 12/100 000 naissances en Île-de-France versus 8,3 pour le reste de la métropole

<sup>49</sup> Insee exploitation Périnat ARS-IDF, moyenne sur 3 ans (2014,2015, 2016) : taux de mortalité infantile : 3,8/1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 3,5 en France ; taux de mortalité néonatale : 2,7 /1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 2,5 en France

Ces facteurs aggravent encore le déséquilibre important de la réponse aux besoins entre le centre et la périphérie de la région.

En effet, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, notamment au cours de la durée du PRS 1, le nombre de maternités passant de 92 en 2012 à 81 en 2017, et parallèlement le nombre de centre périnatal de proximité passant de 0 à 1.

Cette évolution de l'offre (fermetures de sites et regroupements) a essentiellement concerné les établissements privés lucratifs qui ont vu leur activité fortement diminuer, principalement dans les maternités de types I et II A. Le report de l'activité a eu lieu en majeure partie sur des maternités de type II B et de type III ayant déjà un volume d'activité au-delà de 2800 accouchements.

L'offre en néonatalogie reste concentrée sur le centre de la région, avec une offre en grande périphérie souvent constituée de petites unités (difficulté à sécuriser les prises en charge, du fait de tableaux de gardes difficiles à compléter).

➤ **Renforcer une offre d'obstétrique et de néonatalogie efficiente, de qualité, graduée et sécurisée en fonction des besoins**

La restructuration de l'offre de soins en obstétrique, au plus proche du domicile des parturientes, doit être envisagée dans le contexte de tensions démographiques sur l'anesthésie, l'obstétrique et la pédiatrie.

L'enjeu est de garantir une offre obstétricale de proximité pour le pré et le postpartum, sur l'ensemble de la région, en particulier dans les territoires les plus périphériques de la grande couronne, en soutenant l'offre obstétricale là où les conditions sont réunies pour garantir la sécurité des prises en charge, et en développant - en complément - des centres périnatals de proximité pour la prise en charge hors plateau technique (consultations avancées).

Cette organisation doit s'articuler avec les ressources de la ville, professionnels de l'ambulatoire, libéraux ou salariés, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé...

L'enjeu est également d'assurer une prise en charge sécurisée des accouchements dans des centres périnatals ayant des effectifs médicaux compatibles avec les exigences requises de qualité (diplômes, formation) et de sécurité (listes de garde assurées), en fonction du niveau de risque (besoins de prise en charge du nouveau-né, et de la mère en cas de pathologie de la grossesse ou de comorbidité).

L'Agence agit dans un contexte de fusions, regroupements, mutualisations proposées par les établissements/groupes du secteur privé, et par les établissements publics dans le cadre des PMP des GHT qu'elle accompagne. Elle veillera notamment à ce que les réorganisations envisagées n'aboutissent pas à découvrir des territoires périphériques, et incitera à la mise en place d'organisations facilitant – autant que possible – le recours à une prise en charge en proximité.

L'Agence doit également prendre en compte le besoin exprimé par les femmes ayant une grossesse dite à « bas risque » de parcours et filières physiologiques, s'intégrant dans l'offre graduée proposée.

**Ainsi, la restructuration de l'offre qui s'organise actuellement dans les faits, doit être sous-tendue par un double objectif visant à maintenir, autant que possible, un recours de proximité tout en garantissant une offre graduée et sécurisée sur le territoire.**

Dans ce contexte, l'opportunité d'accorder une autorisation de type IIA pourra être étudiée dans le cadre d'une opération de recomposition (opérations de regroupement de deux maternités de type I ou projets aboutis de transformation d'une maternité de type I). Cette évolution pourra être prise en compte dans les cas où le besoin départemental, l'équilibre territorial, la démographie médicale (notamment celle des pédiatres) et



l'activité prévisionnelle le justifient.

La structuration de l'offre en néonatalogie au sein des GHT nécessitera, pour toute modification de capacité, une analyse précise des besoins territoriaux au vu des ressources déjà disponibles et de leur utilisation.

## DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

▪ **PARIS** : Les réorganisations attendues sur l'offre de chirurgie peuvent conduire à la fermeture d'une unité d'obstétrique sur le territoire. Des difficultés récurrentes sur le personnel médical sont par ailleurs rencontrées pour assurer l'ouverture toute l'année de certaines unités de néonatalogie et pour garantir l'efficacité souhaitée. Les établissements de santé concernés sont encouragés à modifier l'organisation de ces unités tant sur le plan capacitaire que pour la tenue de la permanence des soins.

▪ **SEINE ET MARNE** : au sud de la Seine et Marne, les réorganisations attendues en chirurgie pourront éventuellement conduire, au sein d'un même établissement, au regroupement de l'activité d'obstétrique sur un seul plateau technique et à la mise en place d'un centre périnatal de proximité.

Pour garantir l'accessibilité aux soins, l'ARS souhaite maintenir des unités d'obstétrique sur le pourtour et aux marches de l'Île-de-France. Cependant les volumes d'activité réalisés dans ces unités d'obstétrique atteignent difficilement un seuil suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Aussi, des collaborations entre l'ensemble des établissements du territoire et des postes partagés doivent permettre d'assurer la présence H24 de gynécologues obstétriciens et d'anesthésistes sur place. Au sud du département, compte tenu de la pénurie de pédiatres et pour améliorer l'efficacité des unités de néonatalogie, une gradation des soins entre types IIA et IIB et la mise en place d'une équipe de territoire entre les établissements pourraient permettre de consolider l'offre de ce territoire.

Au nord du département, une redistribution des capacités de néonatalogie pourrait être envisagée entre les sites autorisés, si l'organisation aujourd'hui mise en place n'est pas efficace.

▪ **YVELINES** : des regroupements d'unités d'obstétrique et d'unités de néonatalogie de type 2A sont prévisibles. Les unités de néonatalogie de type IIB autorisées doivent être efficaces et avoir une capacité suffisante pour garantir un fonctionnement optimal et sécurisé.

▪ **ESSONNE** : une opération majeure de restructuration au nord du département conduira à terme au regroupement sur un site unique des unités d'obstétrique et de néonatalogie aujourd'hui implantées sur deux sites distincts. Une gradation des soins est encouragée pendant la phase transitoire. Un autre regroupement d'unités d'obstétrique est par ailleurs envisagé sur le territoire.

Au sud du département, une équipe de territoire doit contribuer à faire fonctionner la permanence des soins en obstétrique et en néonatalogie au sein du GHT.

▪ **HAUTS DE SEINE** : des réorganisations sur la chirurgie peuvent impacter le fonctionnement d'unités d'obstétrique. Une organisation territoriale devra prévoir en cas de nécessité la possibilité de recourir à l'aide d'un chirurgien viscéral. L'AP-HP doit procéder à des réorganisations sur les capacités des unités de néonatalogie du nord de ce département et poursuivre la mise en place de son équipe de territoire. Les unités de néonatalogie de type IIB

autorisées doivent être efficaces et avoir une capacité suffisante pour garantir un fonctionnement optimal et sécurisé.

▪ SEINE SAINT DENIS : des regroupements d'activité sont prévisibles. A l'est, une gradation des soins doit être mise en place entre les trois établissements du GHT avec la mise en place d'une équipe de territoire.

▪ VAL DE MARNE : une unité d'obstétrique connaît une baisse d'activité. Une évolution dans la structuration de l'offre de soins territoriale est donc possible pendant la durée de validité du PRS 2.

▪ VAL D'OISE : des réorganisations sur la chirurgie pourront impacter le fonctionnement d'unités d'obstétrique. L'organisation au sein du GHT devra veiller à organiser le recours si nécessaire à un chirurgien viscéral, pour ce faire des équipes de territoire doivent être mises en place.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les OQOS portent sur les autorisations, chaque maternité cumulant autant d'autorisations que d'unités (exemple: une maternité de type III est titulaire de 4 autorisations)							
Existant - juin 2018- Répartition des autorisations par type de maternité						Implantations cibles PRS 2 par nature d'autorisations (toutes maternités confondues)	
Zones de répartition des activités = départements	type I	type IIA	type IIB	type III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
<b>Autorisations d'unités de réanimation néonatale</b>					<b>15</b>		
75				4	4	4	4
77				1	1	1	1
78				1	1	1	1
91				1	1	1	1
92				2	2	2	2
93				2	2	2	2
94				2	2	2	2
95				2	2	2	2
<b>Autorisations d'unités de néonatalogie avec soins intensifs</b>					<b>33</b>		
75			2	4	6	6	6
77			3	1	4	3	4
78			2	1	3	3	3
91			2	1	3	2	3
92			2	2	4	4	4
93			4	2	6	5	6
94			1	2	3	3	3
95			2	2	4	3	4
<b>Autorisations d'unités de néonatalogie sans soins intensifs</b>					<b>59</b>		
75		4	2	4	10	10	12
77		2	3	1	6	5	6
78		4	2	1	7	5	8
91		3	2	1	6	6	6
92		4	2	2	8	8	8
93		2	4	2	8	8	9
94		4	1	2	7	7	7
95		3	2	2	7	7	7
<b>Autorisations d'unités de gynécologie obstétrique</b>					<b>81</b>		
75	6	4	2	4	16	15	16
77	2	2	3	1	8	7	8
78	3	4	2	1	10	8	10
91	3	3	2	1	9	8	9
92	3	4	2	2	11	11	11
93	3	2	4	2	11	9	11
94	1	4	1	2	8	7	8
95	1	3	2	2	8	8	8
<b>Total IDF</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>81</b>	<b>73</b>	<b>81</b>

**Hospitalisation à domicile:**

<b>Gynécologie, obstétrique - Hospitalisation à domicile</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	0	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>Total IDF</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

## Assistance médicale à la procréation (AMP)

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est un ensemble de techniques médicales encadrées par la Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique dont les dispositions ont été incluses dans le Code de la Santé Publique. Elle s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la "Fécondation in vitro (FIV)", le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Elle permet à un couple diagnostiqué infertile d'avoir un enfant. En 2017, l'AMP s'adresse aux couples hétérosexuels mariés ou vivant ensemble et en âge légal de procréer.

C'est une activité de soins dont les pratiques sont soumises aux lois successives de Bioéthique. Une révision du dernier texte de loi datant de 2011 est prévue courant 2018. L'activité et les modalités soumises à autorisation sont encadrées par l'arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 « relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ».

L'ARS traite de cette activité de soins en coordination avec l'Agence de Biomédecine.

A l'exception de la pratique de l'insémination artificielle intraconjugale (IAC) pour le geste clinique, toutes les autres modalités d'AMP, qu'elles soient cliniques ou biologiques, exigent un diplôme de spécialités biologique ou clinique dans cette discipline et ne peuvent être réalisées en dehors d'un centre clinico- biologique de PMA.

L'AMP comporte 5 modalités cliniques et 7 modalités biologiques :

#### Modalités cliniques :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
- Prélèvement de spermatozoïdes
- Transfert des embryons en vue de leur implantation
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons

#### Modalités biologiques :

- Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle
- Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation comprenant notamment :
  - o Le recueil, la préparation et la conservation du sperme
  - o La préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation
- Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
- Conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

L'Île-de-France est une région à forte activité et comporte une offre diversifiée, riche mais historiquement mal répartie.

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, il existe au total 23 centres d'AMP autorisés en Île-de-France. Un centre récemment autorisé en grande couronne ouvrira dans les 3 ans. Ces centres réunissent sur un même lieu les équipes cliniques et les équipes de biologie. Les départements les plus pourvus sont Paris (7 centres), les Hauts de Seine (5 centres) et la Seine Saint Denis (4 centres).
- 7 centres sont autorisés au don d'ovocytes, 3 centres pratiquent l'accueil d'embryons pour don, 5 centres sont autorisés pour la conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux et 4 centres prennent en charge les couples en contexte viral.
- Il existe par ailleurs 12 laboratoires privés installés en ville autorisés à la pratique de l'IAC dont certains réalisent moins de 100 IAC/an.

Ces dernières années ont été marquées par une utilisation de plus en plus importante des techniques de vitrification des ovocytes dans l'ensemble des centres et du transfert d'embryons congelés.

La technique d'IAC tient une place importante dans la prise en charge de l'infertilité du couple. Cependant sa réussite est conditionnée par une indication clinique justifiée (importance de la concertation entre le clinicien prescripteur et le biologiste) et une préparation du sperme de qualité. Il est par ailleurs important pour faciliter le parcours des couples que les centres clinico-biologiques de statut mixte public privé, réalisent l'ensemble de la procédure sur le centre autorisé pour cette modalité de prise en charge.

Les centres d'AMP doivent tout mettre en œuvre pour finaliser la réflexion auprès des couples acceptant de céder leurs embryons surnuméraires et finaliser les procédures réglementaires afin de les transférer aux centres pratiquant le don d'embryon.

Le travail doit se poursuivre en Île-de-France afin de faciliter le don d'ovocytes et diminuer ainsi les départs de femmes à l'étranger.

En 2014, selon le rapport de l'ABM, l'activité des centres rapportée au nombre de femmes en âge de procréer de la région est plus importante qu'au niveau national pour l'ensemble des activités d'AMP intraconjugales. L'activité de don de gamètes de la région rapportée au nombre de femmes en âge de procréer est comparable à l'activité nationale.

La part des femmes de moins de 30 ans traitées dans la région est plus faible qu'au niveau national (13% vs. 19%), alors que la part des femmes de 38 ans ou plus, prises en charge en fécondation in vitro est plus élevée en Île-de-France (33% vs. 26%).

L'activité des centres de la région représente 29% de l'activité nationale pour l'intraconjugal, 20,7% pour les autres activités d'AMP avec don de gamètes ou d'embryons et 27% pour les nouvelles autoconservations de gamètes et de tissus germinaux en vue de la préservation de la fertilité.

Selon l'INSEE, en 2014, 818 565 nouveau-nés ont vu le jour en France. Les enfants, conçus après une AMP réalisée en 2014, au nombre de 25 208, représentent 3,1% des enfants nés de la population générale cette année-là. Un enfant sur 32 est donc issu d'AMP en 2014. Les enfants issus d'une AMP intraconjugale réalisée en 2014 avec des gamètes ou des tissus germinaux conservés en vue de préserver la fertilité sont encore peu nombreux (156 enfants).

Notons que parmi les 25 208 enfants nés issus d'une AMP réalisée en 2014 :

- 26% (6 567 enfants) ont été conçus par insémination intra-utérine, AMP la plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse. L'insémination intra-utérine vient ici confirmer sa place dans le panel des traitements de l'infertilité,
- 18,6% (4 680 enfants) sont issus d'une congélation embryonnaire. Ce nombre en constante augmentation (16% en 2013, 14% en 2012) témoigne de la place croissante des transferts différés d'embryons congelés dans la stratégie de prise en charge des couples en AMP.

Le nombre total de tentatives d'AMP augmente régulièrement (de 142 618 à 145 255 entre 2012 et 2015). Cependant, le nombre total d'inséminations diminue au profit d'un nombre de tentatives réalisées en fécondation in vitro (FIV) : 58474 versus 54167 IAC, 84140 versus 91088 FIV.

Le principal enjeu du PRS 1 concernant la PMA était d'améliorer l'accessibilité géographique des couples à l'assistance médicale à la procréation. Cet objectif a été tenu puisque les départements de la Seine et Marne et de l'Essonne qui ne disposaient pas de centres ont été couverts.

Le centre de PMA ouvert en Seine et Marne est un centre « mixte ». Les autorisations de biologie sont détenues par un laboratoire privé installé sur le site hospitalier comme cela est le cas pour quatre autres sites dans la région. Une autorisation de préservation de la fertilité a par ailleurs été attribuée à un centre de PMA du nord Yvelines.

## OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

### ➤ Faire progresser la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Afin d'apporter une réponse mieux ciblée, plus pertinente et efficiente, chaque biologiste devant réaliser une préparation pour une IAC, lorsque celle-ci est demandée par un gynécologue n'exerçant pas en centre d'AMP, peut demander en concertation avec le gynécologue obstétricien prescripteur à ce que le dossier du couple soit présenté dans un centre d'AMP.

### ➤ Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale

Actuellement l'offre d'AMP est jugée satisfaisante en Île-de-France. Compte tenu des contraintes techniques d'équipement des laboratoires d'AMP et de démographie médicale, l'offre doit continuer à se structurer avec les centres existants sur les territoires.

Des consultations avancées de cliniciens doivent être organisées au plus près des patients, et les centres de PMA doivent ouvrir leur plateau technique à d'autres professionnels formés que ce soit pour des cliniciens ou des biologistes travaillant par ailleurs dans d'autres structures.

Les établissements autorisés à exercer la modalité de préservation de la fertilité doivent s'organiser avec leurs correspondants et participer à une plateforme (organisation pluridisciplinaire formalisée entre les professionnels cancérologues et les centres d'AMP) clinico-biologique de la préservation de la fertilité pour améliorer le parcours des patients relevant de cette modalité. Cette plateforme devra réunir les compétences oncologiques, gynécologiques, pédiatriques, andrologiques, chirurgicales, de biologie de la reproduction et psychologiques. Elle doit réunir l'ensemble des centres autorisés pour cette modalité.

➤ **Poursuivre la réflexion engagée concernant la préservation de la fertilité**

Le grand défi à relever pour les années à venir est la préservation de la fertilité en cas de pathologies cancéreuses ou autres notamment quand les traitements sont gonadotoxiques. Les évaluations réalisées en lien avec l'INCA et l'agence de Biomédecine (septembre 2017) font état pour l'Île-de-France d'un besoin potentiel estimé à environ 4000 patients par an, sous réserve que ces derniers aient reçu l'information adaptée.

Présentement, les 5 centres autorisés pour cette modalité en Île-de-France ont encore des capacités d'accueil supplémentaires. La réflexion pour cette modalité doit se poursuivre. L'offre de soins et son fonctionnement en rapport avec cette dernière doivent bénéficier d'une évaluation et ceci avant d'envisager l'octroi de nouvelles autorisations.

➤ **Mieux mobiliser l'information en sante grâce au maillage de proximité**

L'ensemble des professionnels de santé et les établissements doivent s'organiser pour informer systématiquement les patients sur la modalité de la préservation de la fertilité et leur donner des documents d'information concernant cette prise en charge afin que ces derniers puissent la solliciter.

**DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS**

- PARIS : une concentration de l'offre pour la modalité IAC est nécessaire pour que l'activité réalisée en laboratoire atteigne un volume suffisant.
- SEINE ET MARNE : une implantation est prévue pour permettre d'assurer la modalité d'AMP clinique de prélèvement de spermatozoïde sur ce territoire.
- YVELINES : maintien de l'existant. Le centre de PMA du nord Yvelines autorisé pour la modalité préservation de la fertilité doit rejoindre la plateforme AP-HP afin de participer à l'organisation territoriale.
- ESSONNE : un centre d'AMP récemment autorisé doit ouvrir dans les 2 ans. Il n'y a pas d'autre implantation prévue sur la durée de validité du PRS sur le territoire.
- HAUTS DE SEINE : maintien de l'existant
- SEINE SAINT DENIS : maintien de l'existant
- VAL DE MARNE : le regroupement d'une activité de prélèvement de spermatozoïdes réalisée dans un centre du Val de Marne est prévu par un même titulaire sur un site des Hauts de Seine. La diminution d'une implantation sur le territoire est donc envisagée pour cette modalité clinique compte tenu de cette opération de restructuration.
- VAL D'OISE : une opération de transfert géographique d'un centre d'AMP est engagée au sein du territoire dans le cadre d'une opération de restructuration d'un groupe de cliniques privées. Ce centre d'AMP, unique dans le département, a pour vocation d'instaurer des partenariats publics /privés. Une nouvelle implantation est possible pour permettre d'exercer la modalité clinique de prélèvement de spermatozoïdes sur ce département.



**IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)**
**AMP Clinique :**

<b>AMP clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

<b>AMP clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

<b>AMP clinique - Prélèvement de spermatozoïdes</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	1
78	1	1	1
91	1	1	1
92	4	4	4
93	4	4	4
94	1	1	1
95	0	0	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>

<b>AMP clinique - Transfert des embryons en vue de leur implantation</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

<b>AMP clinique - Mise en œuvre de l'accueil des embryons</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

**AMP Biologique:**

<b>AMP biologique - Préparation et conservation du sperme</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	13	12	14
77	2	2	2
78	2	2	2
91	1	1	1
92	7	7	7
93	4	4	4
94	3	3	3
95	2	2	2
<b>TOTAL IDF</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>35</b>

<b>AMP biologique - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

<b>AMP biologique - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

<b>AMP biologique - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

<b>AMP biologique - Conservation des embryons en vue de projet parental</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

<b>AMP biologique - Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

<b>AMP biologique - Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

## Diagnostic prénatal

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'offre en diagnostic pré natal se répartit entre les laboratoires d'établissements de santé (18) et les LBM multisites libéraux (7). Les établissements de santé autorisés à exercer cette activité de soins sont majoritairement des centres hospitaliers de l'AP-HP (13/18).

Les départements de l'Essonne et de Seine et Marne ne disposent pas de sites autorisés en DPN.

Cependant les données relatives à l'activité des laboratoires de la région ne reflètent pas l'accès aux soins des femmes enceintes domiciliées en Île-de-France car l'offre d'examens de dépistage et de diagnostic prénatal est nationale. Notamment, des examens ne sont réalisés que par très peu de laboratoires à l'échelon national pour l'ensemble des femmes.

La réglementation de l'activité a été modifiée au cours des dernières années pour s'adapter aux avancées technologiques, entraînant une modification du périmètre des modalités des examens (décret n°2014-32 du 14 janvier 2014) et la création récente d'une nouvelle modalité d'examens de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel (ADNlcT21) (décret 2017-808 du 5 mai 2017).

Le nouveau périmètre issu du décret de 2014 vise à bien distinguer les examens de biologie médicale évaluant le risque et ceux à visée diagnostique.

Le nouvel examen (ADNlcT21) constitue une innovation technologique indéniable. Il est fondé sur la recherche d'une surreprésentation éventuelle du nombre de copies du chromosome 21 dans l'ADN libre circulant dans le sang maternel sans différenciation des fractions fœtales et maternelles.

Cet examen pourrait contribuer à :

- améliorer les performances du dépistage de la T21 fœtale, notamment en augmentant le taux de détection et en permettant de poser un diagnostic plus précocement ;
- diminuer le nombre de faux positifs des procédures actuelles de dépistage et le nombre d'indications de caryotypes et par conséquent le nombre de pertes fœtales associées à ces derniers.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'information des femmes enceintes et des couples demeure un enjeu crucial du dépistage prénatal aux trois temps de la décision (dépistage, diagnostic, poursuite ou non de la grossesse). Le rôle des réseaux de santé périnatale est souligné, ainsi que celui des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal.

En effet, la prescription des examens de dépistage et diagnostic prénataux ou le cas échéant leur réalisation, est subordonnée au recueil du consentement écrit de la femme enceinte, en vertu de l'arrêté du 14 janvier 2014.

Il est envisagé une stabilité de l'offre globale, à nuancer pour la cytogénétique, le dosage des marqueurs sériques et la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel.

Concernant la modalité « examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique », le nombre de caryotypes fœtaux en vue d'établir le diagnostic de confirmation, en cas d'examen ADNlcT21 positif, a vocation à baisser (pertes fœtales évitées, moindre anxiété des femmes enceintes). Il est estimé à 38 541 en 2014. Il serait divisé par quatre avec l'introduction de l'examen de

l'ADNlcT21. Pour rappel, cet examen nécessite un acte invasif (amniocentèse ou choriocentèse) associé à un risque de perte fœtal estimé autour de 0,1 %. Le caryotype demeure indiqué d'emblée en cas de clarté nucale  $\geq 3,5$  mm.

Concernant le dosage des marqueurs sériques, quelques implantations sont prévues en petite et grande Couronne pour consolider l'accès à ces examens dans ces territoires.

Concernant la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel, l'estimation des besoins en examens de l'ADNlcT21 repose sur les recommandations HAS. Il est conseillé de proposer l'examen de l'ADNlcT21 aux femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale (à l'issue du dépistage combiné du 1er trimestre qui se fonde sur la mesure échographique de la clarté nucale et du dosage des marqueurs sériques) :

- est compris entre 1/1000 et 1/51 ;
- est supérieur ou égal à 1/50 ou pour ce niveau de risque, la possibilité de réaliser un caryotype fœtal d'emblée, en 1ère ligne.

Cette stratégie concernerait 12% de la population des femmes enceintes. En Île-de-France, les besoins seraient estimés à environ 21 700 examens ADNlcT21 sur la base de 180 853 grossesses annuelles, sans présumer de leur issue, cas de morts fœtales in utero incluses.

Pour rappel, selon les dispositions de l'arrêté du 23 juin 2009, le dépistage de la trisomie 21 repose sur la mesure échographique de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre. Une confirmation diagnostique par caryotype fœtal est proposée si le niveau de risque estimé est  $\geq 1/250$ .

Il est également rappelé l'importance de l'échographie du 1er trimestre réalisé selon les critères de qualité énoncés par la HAS.

Les futurs sites autorisés pour cette modalité devront respecter les critères de compétences en expertise et technicité.

Dans l'attente de la publication d'un arrêté fixant les conditions de formation et d'expérience des praticiens biologistes, la HAS recommande de limiter les autorisations aux structures candidates disposant de compétences en génétique et autorisées pour les examens de cytogénétique et de génétique moléculaire. L'organisation et le déploiement de l'offre seront réévalués, dans les trois ans suivant leur mise en œuvre.

Outre les compétences des praticiens, peuvent être cités les critères techniques à satisfaire suivants :

- mise en place du contrôle externe de qualité,
- réactifs et logiciel disposant du marquage CE,
- accréditation du laboratoire,
- taux de non rendu,
- délai de rendu des résultats,
- seuil d'activité du laboratoire éventuellement.

Il importe de prendre en considération le fait que plus le nombre de sites de LBM autorisés sera élevé, plus les délais de communication de cet examen risquent d'être rallongés. En effet, le nombre d'examens réceptionnés conditionne sa fréquence de réalisation (d'hebdomadaire à quotidienne).

Il sera recherché un équilibre entre offre publique et privée ainsi qu'entre Grand Paris et Grande couronne.



## DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

- PARIS : la baisse des implantations pour la modalité Examens de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire correspond à l'impact sur la réalisation des caryotypes fœtaux de l'examen de l'ADNcT21. La baisse des implantations pour le dosage des marqueurs sériques maternels correspond au regroupement de l'activité de deux sites hospitaliers.
- SEINE ET MARNE et SEINE SAINT DENIS : une nouvelle implantation pour la modalité dosage des marqueurs sériques maternels est prévue pour faciliter l'accès à cet examen sur ces deux territoires. Il conviendra cependant d'évaluer plus précisément les besoins non couverts sur ces départements et les moyens à déployer.
- Concernant la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel, il est prévu de concentrer l'offre pour assurer un délai de rendu des résultats rapide tout en garantissant un équilibre entre centre et périphérie : deux implantations seront destinées à un site parisien et à un site de petite couronne et deux aux sites de Grande Couronne.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	0	0	1
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	2
94	0	0	0
95	2	2	2
<b>TOTAL IDF</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>15</b>

DPN - Examens de biochimie foetale à visée diagnostique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

DPN - Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	3	5
77	0	0	0
78	2	2	2
91	0	0	0
92	1	1	1
93	2	2	2
94	0	0	0
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>

DPN - Examens de génétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	9	9	9
77	0	0	0
78	2	2	2
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	3	3	3
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

<b>DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

<b>DPN- Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (dépistage)</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	1	1
77	0	0	0
78	0	1	1
91	0	0	0
92	0	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

## Psychiatrie

### L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 368 implantations sont autorisées en psychiatrie générale et 153 en psychiatrie infanto-juvénile sur la région. Dans le système de soins francilien, le recours aux soins psychiatriques des établissements de santé concerne 378.000 personnes par an.

Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des Franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale. Cependant, malgré la densité de professionnels, le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale.

Mais, avant tout, la situation régionale se caractérise par l'amplitude des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques, quelle qu'en soit la modalité. Ainsi, la comparaison des taux de recours des habitants des 8 départements donne (pour une moyenne régionale =à 1) des indices allant :

- De 0,83 (77) à 1,16 (75) en hospitalisation temps plein,
- De 0,52 (91) à 1,65 (75) en hospitalisation temps partiel,
- De 0,49 (95) à 1,7 (75) pour les actes ambulatoires,
- De 0,7 (93) à 1,7 (75) pour les psychiatres libéraux.

Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Compte tenu de l'importance du maillage constitué, le schéma inscrit une perspective de stabilisation. Du fait des contraintes sur la démographie professionnelle et sur l'investissement, les actions de réductions des inégalités porteront avant tout sur les capacités des implantations existantes.

Plusieurs nuances doivent être apportées à cette approche globale, du fait d'objectifs complémentaires.

L'accentuation du virage ambulatoire passera :

- par une réduction des capacités régionales d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale, différenciée selon les territoires,
- par la possibilité d'autorisations nouvelles d'activités d'hospitalisation partielle pour les établissements n'en disposant pas, dans une logique de substitution, en fonction des territoires concernés,
- par l'augmentation des files actives des structures sanitaires ambulatoires (hôpitaux de jour mais aussi structures non soumises à autorisation, CATTP, CMP) et en fonction des financements, des structures médicosociales (CMPP, BAPU) afin de réduire les écarts infra régionaux de taux de recours aux soins.

Le rapprochement lieux d'hospitalisation/lieux de vie conduira à des transferts d'implantations, voire à autoriser quelques implantations supplémentaires, en s'assurant qu'elles présentent la taille critique suffisante. Cela concerne en particulier les Hauts-de-Seine.

A contrario, sur les territoires particulièrement denses, une réduction des implantations est projetée, pour regrouper des structures de petite taille, dans un objectif d'efficience et de sécurité.

Une approche spécifique devra être conduite sur quelques modalités de prise en charge :

- l'identification de structures de recours pour la prise en charge d'enfants en crise aiguë avec troubles majeurs du comportement,
- le niveau de réponse régionale pour les soins intensifs de psychiatrie pour adultes (capacité UMD, notion d'USIP),
- le niveau de réponse régionale pour l'hospitalisation des détenus (capacités d'hospitalisation à temps partiel en détention, et capacités en UHSA). Ce, hors schéma régional pour les autorisations.

## DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

### PARIS :

#### **Psychiatrie générale :**

A Paris, la diminution des implantations d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisations et de regroupements de structures qui ne remettent pas en cause l'accessibilité.

Pour l'hospitalisation de jour, une implantation nouvelle est possible pour permettre à un établissement qui ne met en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

Cependant sur la période du schéma, d'autres opérations de relocalisations et de regroupements doivent conduire à une réduction du nombre d'implantations sans remettre en cause l'accessibilité.

#### **Psychiatrie infanto-juvénile :**

Sur la période du schéma, plusieurs opérations de relocalisations et de regroupements d'hôpitaux de jour doivent intervenir pour des structures confrontées à des problèmes de sécurité et d'accessibilité du fait de leur taille ou de l'inadaptation des locaux.

### SEINE ET MARNE :

#### **Psychiatrie générale :**

Pour l'hospitalisation de jour, une implantation nouvelle est possible pour permettre à un établissement qui ne met en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution. La même logique vaut pour l'hospitalisation de nuit. Une implantation de posture psychiatrique est possible, cette forme de prise en charge n'existant pas sur le département.

#### **Psychiatrie infanto-juvénile :**

Sur la période du schéma, une implantation d'hospitalisation complète pour adolescents sur le nord du territoire est possible en lien avec la pédiatrie et avec la psychiatrie générale.

Une troisième implantation d'hôpital de jour au Sud du territoire permettrait d'améliorer l'accessibilité. De même l'organisation d'une offre d'accueil familial thérapeutique sur le Sud est envisageable.

YVELINES :**Psychiatrie infanto-juvénile :**

Le Sud des Yvelines ne dispose pas d'offre d'hospitalisation complète pour enfants et pré adolescents. La réponse devra être organisée en lien étroit avec la pédiatrie et les urgences.

ESSONNE**Psychiatrie générale :**

La diminution d'implantations d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Paris.

Pour l'hospitalisation de jour, des implantations nouvelles sont possibles compte tenu du sous-équipement des établissements du Nord Est du département et pour permettre à des établissements qui ne mettent en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

HAUTS DE SEINE :**Psychiatrie générale :**

L'augmentation des implantations de Postcure et Hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients du Nord des Hauts de Seine, projets actés dans un protocole entre les établissements de santé concernés et l'Agence. La réorganisation de l'hospitalisation des secteurs du sud sera élaborée sans créer de nouveau site. Pour l'hospitalisation de jour, une implantation est possible sur le secteur de Courbevoie, sauf mise en œuvre commune avec un autre secteur.

**Psychiatrie infanto-juvénile :**

Il s'agit de compléter la réponse hôpital de jour pour les adolescents en lien avec l'hospitalisation complète.

SEINE SAINT DENIS :**Psychiatrie générale :**

La diminution d'implantation d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Paris. Pour l'hospitalisation de jour, plusieurs autorisations déjà délivrées restent à mettre en œuvre.

**Psychiatrie infanto-juvénile :**

Sur la période du schéma, plusieurs opérations de relocalisations et regroupements d'hôpitaux de jour sont envisageables par des structures parisiennes, ce qui améliorera l'accessibilité "métropole".

VAL DE MARNE :**Psychiatrie générale et infanto-juvénile :**

Le maillage en hôpitaux de jour est l'un des plus denses de la région, le nombre d'implantations pourra diminuer légèrement en fonction de projets de transfert, regroupement ou conversion en établissement médico-social.

VAL D'OISE :

**Psychiatrie générale :**

En Val d'Oise, la diminution des implantations de Postcure et d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Hauts de Seine.

Pour l'hospitalisation de jour, des implantations nouvelles sont possibles pour permettre à des établissements qui ne mettent en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

**Psychiatrie infanto-juvénile :**

Une implantation d'hospitalisation de jour est possible du fait de la conversion récente d'une structure en établissement médico-social.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

75 - Paris			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	12	12	12
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	17	16	17
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	34	34	35
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	0	0	0
Psychiatrie générale - Centre de crise	9	9	9
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	7	7	7
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	30	28	31
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	2	2	2

77- Seine-et-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	0	0	1
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	9	9	9
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	12	12	13
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	2	2	4
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	4	4	4
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	2	2	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	7	7	8
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	1	1	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0



<b>78 - Yvelines</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	1	1	1
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	11	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	22	22	22
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	2	2	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	12	12	13
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

<b>91 - Essonne</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	4	4	4
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	9	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	11	11	14
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie générale - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	2	2	2
Psychiatrie générale - Centre de crise	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	2	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	8	8	8
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

92 - Hauts-de-Seine			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	0	0	1
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	14	14	15
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	28	28	29
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	13	13	14
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0

93 - Seine-Saint-Denis			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	2	2	2
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	8	7	8
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	19	19	19
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	10	12
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

94 - Val-de-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	3	3	3
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	11	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	21	20	21
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	2	2	3
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	9	11
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

95 - Val-d'Oise			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	2	1	2
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	13	12	13
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	16	16	19
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	10	11
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0

## Soins de suite et de réadaptation

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

En termes quantitatifs, le déficit en structures SSR constaté en Île-de-France jusqu'en 2010 a été totalement comblé dans le cadre de l'application du SROS 3.

Le taux d'équipement régional moyen de 14,9 lits pour 10 000 habitants approche ainsi le niveau national (moyenne 13.33, médiane 15.22 / 10 000) avec toutefois d'assez fortes disparités infrarégionales.

A ce jour, le SSR en Île-de-France comprend 212 établissements. Dix-neuf d'entre eux ont une activité pédiatrique pour enfants et adolescents (en totalité ou en partie). Trois établissements ont une activité exclusivement ambulatoire (HDJ).

L'activité globale correspondait en 2016 à 5 786 427 journées en hospitalisation complète (HC) et 684 471 journées en HDJ, soit un total de 6 470 898 journées. Cette activité correspond à une légère baisse globale par comparaison avec l'année 2015 (-1,5%), contrastant avec une augmentation importante les années précédentes.

L'hôpital de jour ne représente que 10,6% de l'activité totale, mais est un secteur en croissance et supérieur à la moyenne nationale: ainsi de 2014 à 2016, le nombre de venues en HDJ a augmenté de 2,3% alors que dans le même temps, le nombre de journées en HC baissait de 10,6%. Cette situation s'explique sans doute en partie par le principe de substitution de lits d'HC par des places d'HDJ qui préside en Île-de-France pour la création de tout nouvel HDJ SSR.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'enjeu principal du secteur des soins de suite et de réadaptation concerne l'amélioration et la fluidification des parcours des patients. Le secteur SSR ne se résume pas à être « l'aval du secteur MCO ». Il a également vocation à être la face hospitalière de la prise en charge du handicap, proposant un processus global d'accompagnement incluant des soins de rééducation et de réadaptation personnalisés dans un objectif fonctionnel.

Les enjeux franciliens s'articulent autour des axes suivants :

- La résolution des parcours bloqués ou complexes,
- La montée en charge et le développement des prises en charge ambulatoires au sens large,
- Le développement des filières déficitaires et la reconversion des filières excédentaires,
- L'identification de filières « oubliées »,
- L'anticipation de l'impact des nouvelles technologies et leur promotion.

Ces orientations génériques s'inscrivent dans le contexte spécifique de réforme du financement du secteur SSR dont le modèle cible devra se déployer progressivement entre 2020 et 2025 et impactera nécessairement l'organisation du secteur.

➤ **La résolution des parcours bloqués ou complexes**

La résolution des parcours bloqués et/ou complexes correspond surtout aux filières neurologique et respiratoire.

- La montée en charge des SRPR doit être poursuivie et évaluée dans le cadre du PRS 2. Une ouverture à pleine capacité des 94 lits autorisés est prévue d'ici fin 2018.
- Concernant l'aval, des unités de soins prolongés complexes (USPC), doivent être mises en œuvre.

Ces unités, orientées vers la prise en charge de pathologies neurologiques visent à répondre aux patients pour lesquels il n'existe plus de possibilité de progression, mais dont l'état nécessite des hospitalisations très prolongées, et une charge en soins importante. L'identification de 4 unités de 24 lits, soit une centaine de lits au niveau régional, est prévue dans le cadre d'un appel à projets.

Ces unités ont été priorisées sur le champ adultes pour des raisons de dispersion de patients, mais une réflexion devra être amorcée sur le secteur pédiatrique où ces unités existent de facto déjà mais ne sont pas bien identifiées par la réglementation.

➤ **La montée en charge et le développement des prises en charge ambulatoires**

Le virage ambulatoire, déjà bien amorcé, doit être poursuivi par le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète, avec une gradation des prises en charges allant des consultations jusqu'à l'hospitalisation de jour, en passant par les futurs traitements complexes ambulatoires -dits TCA.

- HDJ-SSR : l'ouverture d'hôpitaux de jour SSR par substitution à des lits d'hospitalisation complète doit être poursuivie et une réflexion doit porter sur la création d'établissements exclusivement ambulatoires. Dans ce cadre, un travail amorcé en 2016, sur l'organisation et le fonctionnement des unités d'hospitalisation de jour doit être prolongé.

Une condition de substitution à des lits d'hospitalisation complète n'est maintenue que lorsque les établissements concernés ne disposent d'aucune offre de SSR ambulatoire.

La substitution sera définie en fonction des territoires et en tenant compte des possibilités de chaque établissement, déterminées en fonction des caractéristiques de son activité. Cette analyse peut le cas échéant être faite à l'échelle d'un groupe d'établissements pour plus de souplesse.

Les prises en charge en hospitalisation de jour font face à des problématiques très spécifiques et les effets du virage ambulatoire doivent être anticipés (risque de ré-hospitalisation, augmentation des DMS en hospitalisation complète...).

L'ouverture d'établissements ayant une activité exclusivement en HDJ peut être envisagée dans certains territoires dans lesquels l'offre en SSR HC est pauvre, pour proposer une offre ambulatoire à des patients éloignés des établissements SSR conventionnels.

- L'HAD de rééducation (HAD-R) : l'HAD permet d'effectuer au domicile du patient des soins continus et coordonnés, se différenciant des soins à domicile traditionnels par leur complexité et leur fréquence. L'HAD-R est encore trop peu développée en Île-de-France (la rééducation représente 2% de l'activité d'HAD francilienne, avec un taux de recours à l'HAD en aval du SSR inférieur à 1%). Il apparaît important d'encourager le développement de nouvelles initiatives, reposant sur le principe d'un partenariat entre HAD polyvalente et établissement de SSR.

### ➤ Le développement des filières déficitaires et la reconversion des filières excédentaires

Si quantitativement, l'offre de soins en SSR semble globalement suffisante dans la région, cette offre de soins devra être adaptée à l'évolution des besoins. Des opérations de reconversion entre filières excédentaires/déficitaires doivent être poursuivies.

Certaines spécialités, tel le SSR locomoteur ou le SSR cardio-vasculaire, fortement impactées par la mise sous accord préalable et le développement de nouvelles techniques chirurgicales, apparaissent en surcapacités en hospitalisation complète. A l'inverse certaines spécialités semblent encore insuffisantes : certaines filières neurologiques (neuro-oncologie, maladies neurodégénératives, TC légers à modérés), onco-hématologie, transition enfants-adultes.

Globalement, la fluidification des filières comme le maintien à domicile se heurtent à des problématiques génériques :

- liens entre SSR et médico-social : des expérimentations devront être envisagées avec les maisons de l'autonomie dans la perspective de déterminer par exemple des circuits courts pour certaines situations ;
- droits des patients : les délais de mise sous tutelle ou d'obtention de droits constituent des facteurs d'allongements parfois très longs de durées de séjours en SSR pour des patients dont l'état de santé ne justifie plus leur présence en SSR ;
- démographie des professionnels paramédicaux : la région Île-de-France souffre d'un déficit de certains professionnels paramédicaux – kinésithérapeutes notamment – qui préfèrent le plus souvent exercer en ville voire quittent la région. Des actions de fidélisations, d'attractivité doivent être encouragées.

Enfin l'organisation des parcours et la gradation des soins doit être conduite en lien avec la réflexion sur les plateaux techniques de SSR.

### DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Des opérations de regroupements sont envisagées afin de permettre aux établissements d'atteindre le seuil critique et/ou d'optimiser leurs organisations. Ces opérations expliquent le différentiel qui peut exister entre les implantations du PRS 1 et celles du PRS 2.

En hospitalisation complète, des besoins demeurent identifiés dans les filières :

- cardio-vasculaire dans le Val d'Oise
- respiratoire en Seine Saint Denis
- gériatrique dans le sud des Hauts de Seine et dans le Val d'Oise
- digestive en Seine-Saint-Denis
- addictologique dans le Val de Marne
- mère-enfant au sud de la région : une implantation pédiatrique est ouverte dans l'Essonne et sera attribuée dans ce cadre en articulation avec une autorisation de SSR polyvalents Adulte déjà existante.

Enfin une implantation de SSR pour la prise en charge des grands brûlés en hospitalisation complète est ouverte à Paris. Des implantations sont également ouvertes en hospitalisation complète en Seine et Marne pour tenir compte d'opérations de restructurations en cours.

Les autorisations seront préférentiellement attribuées à des établissements disposant déjà des compétences présentes sur site compte tenu de la situation démographique des professionnels de santé.

De même seront à privilégier des reconversions d'activité entre filières excédentaires et déficitaires. Les créations nettes d'activité ne semblent plus pertinentes.

En hospitalisation de jour, tous les établissements disposant des autorisations dans une mention spécialisée en hospitalisation complète sont encouragés à ouvrir l'offre ambulatoire correspondante.

Les exceptions à cette règle générale concernent les mentions spécialisées relatives à la prise en charge des brûlés et des affections onco-hématologiques.

De même les établissements non accessibles géographiquement échappent à cette règle générale.

Enfin l'ouverture d'établissements proposant une offre exclusivement ambulatoire est rendue possible pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux afin de répondre aux besoins de la population du Nord-est de la Seine et Marne, du Sud de l'Essonne.

Ces établissements devront assurer une ouverture de leur plateau technique à l'activité libérale.

Dans le champ pédiatrique : une implantation de SSR DME en HC et HDJ est ouverte dans le Val d'Oise correspondant à la restructuration et à la spécialisation de certaines structures.

Des implantations d'HDJ sont disponibles selon les mêmes critères que dans le secteur Adulte.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

75 - Paris			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	27	27	27
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	24	24	37
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	2	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	4	4	5
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	8
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	10	10	12
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	12	12	12
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	17	17	17
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	19
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	4
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	3
<b>SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
<b>SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
<b>SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
<b>SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
<b>SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
<b>SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
<b>SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
<b>SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
<b>SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
<b>SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	1
<b>SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1



77 - Seine-et-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	18	17	18
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	13	13	19
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	5	5	6
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	6
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	2
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	12	12	12
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	10
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	2
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

78 - Yvelines			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	26	26	26
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	15	15	20
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	10	10	10
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	10	10	10
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	13	13	13
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	11
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	4
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1

91 - Essonne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	25	23	25
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	16	16	20
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	4	4	4
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	6	6	6
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	7
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	6	6	6
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	7
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	18	16	18
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	14
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	0	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	0	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

92 - Hauts-de-Seine			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	30	30	30
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	24	24	28
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	7	7	7
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	8
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	4
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	7	7	7
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	6	6	6
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	16	16	17
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	13	13	16
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

93 - Seine-Saint-Denis			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	25	24	25
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	21	21	23
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	8
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	10
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	2	2
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	1	2	2
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	15	14	15
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	13
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	2
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1

94 - Val-de-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	19	18	20
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	12	11	17
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	5	5	5
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	4	4	4
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	4	4	4
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	4
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	11	11	11
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	12
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	3
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	1
<b>SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
<b>SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
<b>SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
<b>SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
<b>SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
<b>SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
<b>SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
<b>SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
<b>SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète</b>			
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
<b>SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour</b>			
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

95 - Val-d'Oise			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	22	22	22
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	19	19	22
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	4
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	9
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	8
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	13	13	14
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	10	10	13
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	4
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1

## Soins de suite et de réadaptation – Hospitalisation à domicile :

Soins de suite et de réadaptation non spécialisés - Adultes - Hospitalisation à domicile			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	1	0	1
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	1	0	1
94	0	0	0
95	1	0	1
<b>Total IDF</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>



## Soins de longue durée

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Comme le précise la Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006, les USLD relèvent de la sphère sanitaire. Leur rôle est centré sur l'accueil « *des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable* ».

Bien qu'étant en principe ouvertes à des patients de moins de 60 ans, en réalité cette population « jeune » représente à peine 3 % des patients accueillis au niveau régional au sein des USLD. La majeure partie des patients pris en charge est d'un âge moyen comparable aux personnes accueillies en EHPAD, soit plus de 85 ans.

La région Île-de-France va être confrontée dans les années à venir à un vieillissement de sa population. Les projections démographiques montrent une croissance de près de 30% pour les personnes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2030, dans des proportions différenciées selon les départements (+40% en grande couronne, contre +22% en petite couronne). Par ailleurs, le nombre de personnes âgées dépendantes en Île-de-France augmente de 3 000 personnes supplémentaires par an. A ce jour, plus de 41% des personnes âgées dépendantes vivent en institution (EHPAD et USLD), contre 59% qui vivent encore à domicile.

La population âgée se caractérise par une forte consommation de soins de ville et hospitaliers : 19% des séjours en hospitalisation complète MCO concernent des personnes de 75 ans et plus alors qu'elles ne représentent que 6% de la population francilienne. Par ailleurs, un séjour hospitalier sur deux de patients âgés de 75 ans et plus démarre par un passage aux urgences, et ce taux s'élève à près de 70% pour les 85 ans et plus. Avec l'avancée en âge, le risque de poly-pathologie augmente, et le risque de perte d'autonomie s'aggrave autour de 85 ans. Cette double transition, démographique et épidémiologique, déjà engagée impose d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de celles déjà dépendantes, sachant qu'il n'y a pas de parcours linéaire et que les besoins sont évolutifs. Il convient alors de tendre vers une individualisation des plans d'aide et de soins en fonction d'une évaluation globale des besoins de la personne.

#### Bilan du PRS 1 :

Si l'équipement régional en lits d'USLD est globalement satisfaisant en terme quantitatif, il existe des disparités importantes selon les territoires de santé. Par ailleurs l'état du bâti a imposé d'engager des travaux de rénovation afin que l'ensemble des locaux réponde aux normes de sécurité et au cahier des charges architectural applicable. Au plan qualitatif, des évolutions sont proposées pour mieux répondre aux besoins de patients nécessitant des soins spécifiques.

Le précédent PRS comprenait deux objectifs prioritaires :

- Garantir l'accessibilité et réduire les inégalités de territoire : l'offre de soins de longue durée a été préservée dans un souci d'accessibilité géographique et financière pour le plus grand nombre. De nouvelles implantations ont été autorisées notamment dans les Hauts de Seine et le Val d'Oise. Afin de limiter l'impact des investissements nécessaires à la mise aux normes de l'hébergement sur les tarifs, une aide financière a été apportée aux gestionnaires.
- Maintenir ou améliorer l'offre de soins, resituer les USLD dans le cadre du parcours de soins des personnes âgées. Différentes actions ont été réalisées ou sont en cours de mise en œuvre :

- 32 filières gériatriques ont été labellisées, couvrant l'ensemble du territoire francilien, chaque filière compte au moins une USLD ;
- Les opérateurs se sont engagés à augmenter la proportion de patients SMTI : 2 injonctions sur 9 au total ont fait état d'un SMTI insuffisant à l'occasion de l'examen des demandes de renouvellement d'autorisations ;
- Réalisation de nouvelles estimations de la charge en soins des patients pour ajuster la ressource financière aux besoins (coupes PATHOS) ;
- Les crédits alloués au titre des différents exercices budgétaires sont modulés en fonction du niveau d'activité des USLD. La marge dégagée est consacrée au soutien à l'investissement ;
- Amélioration de la prise en soins des malades ayant des besoins spécifiques ;
- Autorisation de 19 unités d'hébergement renforcées, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles sévères du comportement ;
- Intervention auprès des patients relevant de soins palliatifs avec le soutien d'une équipe mobile de soins palliatifs (auprès de 94% des USLD) et l'appui d'un réseau de soins palliatifs (auprès de 84 %). Poursuite de l'action dans le cadre du Plan national Soins Palliatifs 2015/2018 ;
- Un projet d'unités de soins prolongés complexes (USPC) fait l'objet d'un appel à projets afin d'améliorer la qualité des soins en direction des malades ayant des besoins spécifiques (post AVC,...).

#### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

- **Garantir l'accessibilité de l'offre, tant financière que géographique**, suite aux renouvellements des autorisations, en vue de réduire les inégalités d'accès à cette ressource. Des regroupements géographiques, des mutualisations et des coopérations induites dans le secteur sanitaire par les logiques de GHT et de fusion d'établissements vont avoir des conséquences sur la répartition des USLD.
- **Poursuivre le travail sur le bâti** : les rénovations lourdes s'inscrivent dans un calendrier qui court jusqu'en 2029, voire au-delà. Il est nécessaire de maintenir le suivi de ces opérations. La mise en conformité de l'ensemble des lits doit être atteinte.
- **Poursuivre la réflexion sur la place des SLD dans le parcours de soins des usagers, en différenciation du service rendu par les EHPAD**. La coupe PATHOS réalisée en 2017 va permettre d'adopter, site par site, des orientations adaptées aux besoins locaux.
- **Contribuer à la réflexion nationale sur l'évolution des USLD**, et notamment du modèle tarifaire pour mieux répondre aux besoins.

En fonction des évolutions nationales et du résultat des coupes PATHOS évoqués précédemment, des fongibilités pourront être envisagées entre USLD et EHPAD dans une logique d'amélioration du parcours de soin de la personne âgée.

#### Leviers à mettre en place :

Suivi annuel de l'activité des USLD, le taux d'occupation et les données issues des coupes PATHOS, notamment le SMTI, seront utilisés dans le cadre de l'allocation de ressources. Le lien entre la dotation soins et l'activité devrait dynamiser ce secteur.

## DECLINAISON TERRITORIALES DES OBJECTIFS DU PRS

Les objectifs en implantations fixés dans le PRS1 qui n'ont pas été atteints sont maintenus dans le PRS 2 pour permettre une augmentation du nombre d'USLD, dans le cadre des filières gériatriques.

### PARIS :

Concernant l'offre sanitaire, on observe un déséquilibre entre les rives gauche et droite de la Seine. L'offre d'EHPAD particulièrement faible, est partiellement compensée par les lits d'USLD. Il convient de maintenir une implantation possible pour anticiper d'éventuels redéploiements de capacités suite aux mises aux normes de certains sites hospitaliers qui composent la majorité de l'offre parisienne.

### SEINE ET MARNE :

La Seine et Marne est le département qui va connaître le vieillissement de sa population le plus important de la région. Le nombre de personnes âgées de 75 et plus va augmenter de plus de 80% à l'horizon 2030. Au regard des données capacitaires, l'offre sanitaire en SLD est la plus faible de la région. Bien que compensée en partie par les EHPAD en grand nombre, il convient de prévoir 2 implantations supplémentaires pour garantir une prise charge de proximité et permettre l'expérimentation d'USPC.

### YVELINES :

L'offre d'USLD du territoire est relativement faible et caractérisée par de nombreux sites d'implantations mais de faibles capacités. Il est proposé d'augmenter le nombre de sites d'USLD pour permettre l'expérimentation d'USPC et envisager des extensions de capacités pour faire face aux évolutions démographiques des personnes âgées.

### ESSONNE :

Le département va vieillir de 40% à l'horizon 2030 notamment chez les très âgés. L'offre en places d'USLD départementale est nettement inférieure à la médiane régionale. Il convient de maintenir les sites d'USLD actuellement autorisés et de proposer 1 implantation supplémentaire afin de faire face à l'évolution des besoins.

### HAUTS DE SEINE :

Le département se caractérise par une offre sanitaire satisfaisante, marquée par une offre en soins de longue durée nettement supérieure à la médiane régionale également accompagnée d'une offre en EHPAD qui répond aux besoins. Il n'est donc pas proposé d'implantation supplémentaire en USLD dans ce département.

### SEINE SAINT DENIS :

L'offre est globalement insuffisante sur les équipements de soins (HAD, USLD, UGA et EHPAD), les soins à domicile compensant en partie la faiblesse de l'offre institutionnelle. Bien que la population du département soit plutôt jeune, le nombre de personnes âgées va augmenter et les tensions sur les places disponibles vont augmenter. Une implantation rend possible l'autorisation d'une unité supplémentaire sur le territoire.

### VAL DE MARNE :

L'offre en matière de structures d'hébergement et de soins est proche de la médiane régionale, le département concentre un nombre important de lits d'USLD par rapport aux lits d'EHPAD (rapport de 1 à 6). L'offre est marquée par un grand nombre d'établissements hospitaliers spécialisés avec une position dominante de l'AP-HP dans l'offre sanitaire gériatrique (75% des lits de SSR gériatriques et 90% des lits d'USLD du Val de Marne). Une implantation est envisagée sur ce territoire dans la mesure où deux sites actuels accueillent des personnes de moins de 60 ans pour des prises en charge spécifiques (psychiatrie et neurologie), et que les mises aux normes architecturales peuvent nécessiter des redéploiements de capacités.

**VAL D'OISE :**

L'offre départementale en établissement sanitaire et médico-social apparaît satisfaisante, avec un nombre de lits d'USLD nettement supérieur à la médiane régionale. On constate un profil de patients avec une charge en soins plus faible que dans les autres départements. Il est proposé de maintenir le nombre actuel d'implantations sur ce territoire, en cohérence avec les évolutions démographiques.

**IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)**

Unités de soins de longue durée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	10	10	11
77	4	4	7
78	9	8	10
91	6	6	7
92	7	7	7
93	5	5	6
94	6	6	7
95	6	6	6
<b>TOTAL IDF</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>61</b>

## Cardiologie médicale et interventionnelle

### L'OFFRE DE SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Dans le cadre du PRS2 (2018-2022), il convient de définir des objectifs ciblés concernant les **activités interventionnelles par voie endovasculaire en cardiologie** soumises à autorisation et les **USIC<sup>50</sup> soumises à reconnaissance contractuelle**.

La cardiologie interventionnelle concerne 3 types d'actes soumis à une autorisation spécifique :

- **Les actes de type 1** sont les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle (dont les actes d'ablation endocavitaire,...), de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme. Les actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 50 actes par an.

(Les PM<sup>51</sup> 44 mono et double chambre ne sont soumis qu'à une autorisation de médecine sans autorisation spécifique de type 1).

- **Les actes de type 2** concernent 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. Ces actes sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 40 actes par an dont au moins la moitié doit être réalisée sur des enfants.

- **Les actes de type 3** concernent les autres cardiopathies de l'adulte, principalement le traitement sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Les actes d'angioplasties coronaires sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 350 actes par an.

L'offre régionale de cardiologie interventionnelle est stable depuis 2013 (juin 2018 : 20 autorisations de type 1, trois autorisations de type 2 et 35 autorisations de type 3 (hors HIA)). Les centres de cardiologie interventionnelle intégrés sont majoritaires mais il reste un établissement qui ne dispose que d'une autorisation de type 1 sans autorisation de type 3 et un établissement qui dispose des autorisations de type 2 et 3 sans autorisation de type 1.

L'activité de cardiologie interventionnelle, quel que soit le type d'acte, augmente de façon importante et régulière depuis 2011 et elle est très variable d'une structure à l'autre. Le registre de rythmologie, prévu dans le PRS1 n'a pas été mis en place.

	Actes de type 1		Actes de type 2	Actes de type 3 Angioplasties coronaires
	actes soumis à seuil	actes non soumis à seuil		
Evolution du nombre d'actes entre 2011 et 2016	↗ 65%	↗ 21%	↗ 38%	↗ 20%
NB actes en 2016	6 425	5 536	2 614 dont 637 sur des patients de moins de 18 ans	29 847
Variation du nb d'actes selon les établissements	57 à 1 147	57 à 487	146 à 785	408 à 1 703

<sup>50</sup> USIC : Unités de Soins Intensifs de Cardiologie

<sup>51</sup> Pace Maker

En outre, les TAVI (prothèses valvulaires aortique en percutané) correspondent à une activité émergente réalisée dans les 10 établissements disposant à la fois d'une autorisation de type 3 et d'une activité de chirurgie cardiaque. Le nombre de TAVI réalisés en Île-de-France a augmenté de 164% de 2011 à 2016 avec 1967 actes recensés en 2016.

Les USIC sont soumises à reconnaissance contractuelle (CPOM). Il convient de distinguer celles qui sont adossées à un service de cardiologie interventionnelle de celles qui ne le sont pas. En 2017, 51 USIC sont identifiées en Île-de-France (512 lits). 14 d'entre elles ne sont pas adossées à de la cardiologie interventionnelle (100 lits).

## OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

### ➤ **Consolider des centres de cardiologie interventionnelle intégrés**

Dans la poursuite des objectifs du PRS1, il convient de renforcer la structuration de l'offre de soins de cardiologie interventionnelle et de soutenir la mise en place et la consolidation des centres de cardiologie interventionnelle intégrés. Ces centres intégrés assurent aux patients sur une même unité de lieu l'ensemble des prises en charge cardiologiques médicales et interventionnelles.

Il s'agit de regrouper les différentes activités de cardiologie interventionnelle (type 1 et type 3) pour tenir compte de la fragilité de la démographie médicale et soutenir l'augmentation d'activité des établissements de santé autorisés, plutôt que d'aggraver les situations de concurrence et fragiliser l'activité des structures qui risqueraient de ne pas atteindre les seuils réglementairement opposables.

Au vu de l'augmentation constante de l'activité de cardiologie interventionnelle, de la variabilité de l'activité d'un établissement à l'autre, de l'évolution des techniques, il faudra maintenir des groupes de travail dédiés, en lien avec les experts de la SFC<sup>52</sup> pour ajuster au mieux l'offre aux besoins.

La démographie médicale reste un sujet majeur pour l'organisation de l'offre et devra être approfondie.

### ➤ **Promouvoir les coopérations territoriales**

Devant la difficulté rencontrée par certains établissements non autorisés pour faire prendre en charge leurs patients pour des actes de rythmologie soumis à autorisation, l'ARS Île-de-France sera particulièrement attentive à l'amélioration des coopérations et des organisations territoriales entre les structures détenant et ne détenant pas cette autorisation d'activité.

### **Encourager le virage ambulatoire en cardiologie**

La majorité des actes de cardiologie interventionnelle sont actuellement réalisés en hospitalisation complète. Une partie de ces actes pourraient être réalisés en ambulatoire.

### ➤ **Mettre en place et moderniser les registres**

La nécessité d'un registre de rythmologie a été de nouveau validée et il devra être mis en place durant le PRS2.

Devant un taux de recours des angioplasties coronaires en Île-de-France supérieur à la moyenne nationale, la pertinence des angioplasties coronaires est un sujet retenu dans le PAPRAPS<sup>53</sup> 2018 et doit s'intégrer dans le PRS2.

<sup>52</sup>Société Française de Cardiologie

<sup>53</sup> Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins

Le registre CARDIO-ARSIF, développé par l'ARSIF depuis 2000, qui recense toutes les coronarographies et les angioplasties coronaires réalisées en Île-de-France supportera cette étude ([www.cardio-arsif.org](http://www.cardio-arsif.org)). Par ailleurs ce registre devra être modernisé pour d'une part supporter les travaux de pertinence et d'autre part s'intégrer dans un registre national des angioplasties coronaires développé par la SFC et soutenu par la DGOS.

➤ **S'appuyer sur le développement de la télémédecine**

Il faudra bien sûr s'appuyer sur la télémédecine et en particulier la télésurveillance des patients porteurs de PM<sup>54</sup> et DAI<sup>55</sup>.

➤ **Intégrer les USIC non adossées à la cardiologie interventionnelle dans une organisation territoriale**

Le devenir des USIC non adossées à la cardiologie interventionnelle est un sujet reconduit dans le PRS2 : définir la typologie des patients à hospitaliser dans ces unités, identifier celles qui pourraient être transformées en USC<sup>56</sup>, s'assurer du respect des conditions techniques de fonctionnement. En tout état de cause, leur fonctionnement devra être envisagé dans le cadre d'une organisation territoriale intégrée à définir.

---

<sup>54</sup> Pace Maker

<sup>55</sup> Défibrillateur Automatique Implantable

<sup>56</sup> Unité de Soins continus

**Objectifs, leviers, indicateurs :**

	Objectifs	Leviers	Indicateurs
1	Améliorer la connaissance de l'offre et de la démographie médicale en Île-de-France	Registre de rythmologie (sur le modèle du registre CARDIO-ARSIF modernisé)	<i>Inclusion des actes</i>
		Enquête de rythmologie (équipement, rythmologue, activité, délai de RDV) à renouveler chaque année	<i>Bilan annuel</i> <i>Inclusion des données dans le ROR</i>
2	Améliorer l'évaluation de l'activité	Registres de rythmologie, CARDIO-ARSIF et e-MUST	
3	Développer la pertinence des actes	Registre CARDIO-ARSIF	
4	Améliorer la prise en charge cardiologique médicale et interventionnelle de territoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien par l'ARSIF des territoires qui ont un fort taux de fuite et les ES qui ont une faible activité (postes partagés, coopérations, organisations, communication)</li> <li>• Si les résultats sont défavorables, suppression possible d'une autorisation en cours de PRS2</li> </ul>	<i>Activité</i> <i>Taux de fuite</i>
		Mise en place de coopération et organisations entre les partenaires  Promotion des équipes partagées	<i>Délai entre la demande d'acte de rythmologie et le RDV</i>
		Réorganisation des USIC adossées et non adossées à de la cardiologie interventionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir la typologie des patients à y hospitaliser</li> <li>• Identifier celles à transformer en USC</li> <li>• Soutenir la mise aux normes en termes de nombre de lits si besoin</li> </ul>	
5	Améliorer la surveillance des patients	Cahier des charges avec mode de	<i>Nombre de patients</i>



	implantés (PM, DAI)	financement de la télésurveillance	<i>télésurveillés en 2020</i>
6	Améliorer le suivi des cardiopathies congénitales <ul style="list-style-type: none"> <li>• par les centres de référence</li> <li>• devenues adultes</li> </ul>	Campagnes d'information auprès des médecins et du grand public  Coopération avec les associations de patients	<i>Nombre d'informations</i>  <i>Nombre de perdus de vue</i>
7	Optimiser le registre CARDIO-ARSIF pour <ul style="list-style-type: none"> <li>• développer la pertinence des ATL</li> <li>• participer à un registre national des ATL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernisation des logiciels de l'APHP</li> <li>• Mise en place d'un entrepôt de données</li> <li>• Transformation du registre CARDIO-ARSIF en registre nominatif pour croiser la base de données avec le RNIPP<sup>57</sup> et la base de données de l'AM</li> </ul>	
8	Développer la prise en charge ambulatoire de certains actes de cardiologie interventionnelle type 1 et 3	Poursuite du groupe de travail dédié, avec la DGOS, l'ATIH, l'AM, le groupe de « chirurgie ambulatoire » et les PS (rédaction d'un document socle, mise en place d'une expérimentation, évaluation de l'expérimentation, ajustement de la tarification)	

### DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

**Les Objectifs quantitatifs de l'offre de soins ne font pas apparaître de besoin de création de nouveaux sites pour l'exercice de l'activité de cardiologie interventionnelle sur la durée de validité du PRS (actes de type 1, de type 2 et de type 3).**

Dans certains départements, la promotion de centres intégrés de cardiologie interventionnelle doit être privilégiée. Des regroupements d'activités doivent ainsi être encouragés afin de maintenir une offre de soins sur le territoire dans le respect des seuils réglementairement opposables et des recommandations de bonne pratique de la SFC. Dans le territoire des Hauts de Seine, un établissement autorisé n'offre que de la cardiologie interventionnelle de type 1 et son volume d'activité atteint juste le seuil réglementaire de 50 actes par an. Une autre structure du département offre la cardiologie interventionnelle de type 2 et de type 3 sans disposer d'une autorisation de type 1.

Dans le Val d'Oise, deux établissements exercent une activité de cardiologie interventionnelle de type 1. Leur volume d'activité atteint juste le seuil réglementaire de 50 actes par an. Le taux de fuite de ce département sur cette activité est le plus élevé de la région et les deux établissements du département sont les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> effecteurs. Ces deux structures seront soutenues et évaluées régulièrement par l'ARSIF durant le PRS2.

<sup>57</sup>RNIPP : Registre National de l'Identité des Personnes Physiques

Le développement des coopérations au sein du territoire doit être recherché. Dans le nord de Paris, le centre de la Seine Saint Denis et le sud des Yvelines, de gros établissements qui prennent en charge beaucoup de patients insuffisants cardiaques et qui ne disposent pas d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 1 coopèrent sur cette activité avec des établissements éloignés et implantés hors territoire, faute d'organisation territoriale.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

<b>Cardiologie interventionnelle de type 1</b> <b>Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation,</b> <b>y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	2	2	2
78	2	2	2
91	3	3	3
92	2	2	2
93	2	2	2
94	1	1	1
95	2	1	2
<b>Total IDF</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>20</b>

<b>Cardiologie interventionnelle de type II</b> Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>Total IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

<b>Cardiologie interventionnelle de type III</b> Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	9	9	9
77	2	2	2
78	4	4	4
91	3	3	3
92	6	6	6
93	5	5	5
94	2	2	2
95	4	4	4
<b>Total IDF</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

## Activités hautement spécialisées

En Île-de-France, **les activités hautement spécialisées** font par dérogation l'objet d'un schéma régional et doivent donc être traitées dans le SRS du PRS 2.

Ces activités sont les suivantes :

- la chirurgie cardiaque,
- les traitements des grands brûlés,
- la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle,
- les greffes d'organes,
- les greffes de cellules souches hématopoïétiques.

## Chirurgie cardiaque

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de chirurgie cardiaque soumise à autorisation comprend toutes les interventions chirurgicales intra thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle. L'autorisation d'activité est délivrée soit en chirurgie cardiaque pour les patients adultes, soit en chirurgie cardiaque pédiatrique.

Le traitement des valvulopathies reposait uniquement sur la chirurgie de remplacement ou de plastie valvulaire. Les progrès médicaux entraînent l'émergence de nouvelles activités en cardiologie interventionnelle comme les valvuloplasties percutanées (TAVI, Mitraclip...). Ces actes sont réalisés dans un nombre restreint de centres, disposant à la fois d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 3 et de chirurgie cardiaque.

Les décrets et l'arrêté du 24 janvier 2006 ont fixé d'une part les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque et d'autre part les seuils d'activité minimale annuels qui s'imposent à tout établissement autorisé à exercer cette activité :

- Adultes : seuil de 400 interventions par an,
- Enfants : seuil de 150 interventions par an.

L'offre en Île-de-France est stable aussi bien pour la prise en charge des adultes que des enfants. Le nombre de structures autorisées n'a pas évolué depuis la date d'entrée en vigueur du SROS-PRS au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

- 10 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie cardiaque adulte : 4 structures sont implantées à Paris et 4 en petite couronne (2 dans les Hauts de Seine, 1 en Seine-saint Denis et 1 dans le Val de Marne). 2 établissements sont situés en grande Couronne (1 dans les Yvelines et 1 dans l'Essonne). 4 établissements autorisés sont publics (AP-HP), 4 sont privés lucratifs et 2 sont des ESPIC. Ils répondent tous aux critères de seuil.
- 3 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des enfants : 1 établissement public parisien (AP-HP), 1 structure privée à but lucratif essonnoise et un ESPIC implanté dans les Hauts de Seine. Ils répondent tous aux critères de seuil.

Les éléments liés au seuil minimal d'activité et à la couverture des besoins des Franciliens incitent à privilégier une concentration de l'offre et à retenir la notion de centre intégré développant l'ensemble des compétences cardiologiques médicales, interventionnelles et chirurgicales.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Le nombre des implantations de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des adultes et des enfants n'est pas modifié dans le PRS 2. Il conviendra, durant la validité du PRS 2 :

- de veiller à ce que les équipes soient suffisantes pour répondre à la demande, du fait de la fragilité de la démographie des chirurgiens pédiatriques,
- d'organiser les filières au plan national car la région a une vocation de recours pour la chirurgie pédiatrique, notamment pour la moitié nord de la France,

- de développer la gradation des soins pédiatriques en intégrant les cardiologues pédiatriques,
- de s'adapter à l'émergence des valvuloplasties percutanées qui pourraient faire diminuer l'activité de chirurgie cardiaque et qui sont réalisées dans un nombre réduit de centres de cardiologie interventionnelle de type 3 puisqu'ils doivent disposer de la chirurgie cardiaque.

Une révision du SRS (avec fixation de nouveaux OQOS) pourra intervenir avant l'échéance du PRS 2 en fonction de l'évolution des activités (chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique, valvuloplasties percutanées) et de la démographie des chirurgiens cardiaques pédiatriques.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Chirurgie cardiaque - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	1	1	1
91	1	1	1
92	2	2	2
93	1	1	1
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Chirurgie cardiaque - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

## Traitement des brûlés

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de soins de traitement des grands brûlés est une activité spécialisée qui est régie par les décrets du 20 août 2007. L'offre francilienne autorisée est stable en Île-de-France:

- un centre de traitement des grands brûlés parisien assure la prise en charge des adultes. Ouvert en 2012, il constitue le centre référent pour la prise en charge des brûlés adultes au sein de l'AP-HP. Il est doté d'équipements de haute technicité et assure, avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, chirurgiens, soignants, kinésithérapeutes, psychologues, diététicienne et assistante sociale, les consultations, la prise en charge des urgences H 24 pour les brûlés à partir de 15 ans ainsi que l'hospitalisation. L'établissement dispose de 20 lits dont certains ultraspécialisés de réanimation permettant les interventions chirurgicales.
- un établissement de santé pédiatrique situé à Paris est autorisé à assurer le traitement des enfants. L'établissement assure la prise en charge des enfants quel que soit leur âge ou l'étendue des brûlures. Le service est spécialisé également en chirurgie réparatrice et plastique de l'enfant.

Par ailleurs, un HIA implanté dans le département des Hauts de Seine assure également une prise en charge spécialisée. Ce centre de traitement des brûlés, équipé de 13 lits, traite tous les types de brûlures (brûlures thermiques électriques, mécaniques, chimiques et radiologiques) et est en capacité de prendre en charge des patients adultes et des enfants de plus de trois ans. Cet établissement n'est pas comptabilisé dans les implantations du présent schéma.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Le PRS 2 reprend les axes du plan précédent. Les objectifs propres à l'activité de soins des grands brûlés sont pour les années à venir:

- d'améliorer le recueil des données (motif des brûlures),
- d'éviter les ruptures de parcours surtout pour les patients précaires,
- d'éviter les prises en charge des brûlés graves dans des centres non spécialisés: organiser les recours et les premiers soins,
- d'identifier les centres assurant une prise en charge en SSR (HDJ),
- d'encourager le développement de la formation et de la recherche.

**IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)**

<b>Traitement des grands brûlés - Adultes</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

<b>Traitement des grands brûlés - Enfants</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



## Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

**L'activité de soins de neurochirurgie soumise à autorisation** 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 radio chirurgical en conditions stéréotaxiques ». L'autorisation n'est pas exigée 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. La neurochirurgie pédiatrique, la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques et la neurochirurgie fonctionnelle cérébrale sont des pratiques thérapeutiques 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.

Sauf contexte d'urgence où la prise en charge peut être réalisée dans une unité pour adulte, l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique doit être pratiquée dans une unité dédiée avec un environnement pédiatrique et des moyens permettant la présence des parents.

Cette activité est soumise à seuil pour la prise en charge des adultes. Ainsi, l'activité minimale annuelle, par site, est de **100 interventions** portant sur la sphère crânio-encéphalique (arrêté du 19 mars 2007). Aucune activité minimale n'est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique.

L'offre est stable sur la région qui compte 10 sites autorisés dont un établissement à vocation pédiatrique exclusive et un établissement mixte (adulte et pédiatrique). Par ailleurs, un hôpital militaire (HIA) implanté dans les Hauts de Seine exerce cette activité.

Toute l'offre de neurochirurgie est située sur Paris et la petite couronne. Le nombre d'actes de neurochirurgie pour les adultes a augmenté de 5 % entre 2013 et 2016 passant de 15 708 à 16 507.

**L'activité de soins de NRI soumise à autorisation** porte sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. L'autorisation de NRI n'est pas exigée lorsque l'activité se limite à l'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux. Dans ce cas, le site doit être autorisé à exercer l'activité de chirurgie. L'autorisation de NRI ne peut être délivrée à un établissement que s'il dispose sur un même site d'une autorisation de neurochirurgie et d'une autorisation de réanimation. Pour le traitement en NRI des lésions cancéreuses, l'établissement doit également être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

Les établissements autorisés à exercer cette activité et souhaitant assurer la prise en charge des enfants doivent garantir un environnement pédiatrique.

La NRI est une activité autorisée soumise à seuil. L'activité minimale annuelle est fixée par site à **80 interventions** portant sur la région cervico-céphalique et médullo – rachidienne (prise en charge des adultes et/ou des enfants).

7 sites sont à ce jour autorisés à exercer la neuroradiologie interventionnelle (NRI). Deux d'entre eux ont une activité mixte, adulte et pédiatrique (un de ces établissements exerce cette activité pédiatrique dans le cadre de protocoles institutionnels de recherche clinique). Depuis la parution du PRS 1, un site des Hauts de Seine a cessé son activité. Toute l'offre de neuroradiologie interventionnelle est située sur Paris et la petite couronne. Le

nombre d'actes de neuroradiologie interventionnelle pour les adultes a augmenté de 15 % entre 2013 et 2016 passant de 2 898 à 3 354. Cette évolution est liée en partie à la thrombectomie des infarctus cérébraux.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Concernant les deux activités de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle soumises à autorisation, il conviendra dans les années à venir d'améliorer la réponse à l'urgence et de réduire les inégalités territoriales.

### DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels et du nombre d'actes réalisés au niveau régional, le schéma inscrit une perspective de stabilisation (voire une diminution du nombre d'implantations) sur Paris et la petite couronne. En ce qui concerne l'activité croissante de thrombectomie, une réévaluation des sites sera effectuée lors de la parution de nouveaux textes ministériels.

Pendant la durée de validité du PRS 2, le développement d'une offre en grande couronne, au sud de la région, devra faire l'objet d'une discussion approfondie entre l'AP-HP et un établissement de l'Essonne dans un but de rééquilibrage géographique et d'amélioration de la réponse aux besoins de cette partie du territoire et des autres régions limitrophes. En cas d'organisation commune entre ces acteurs, et si l'opportunité d'une nouvelle implantation est démontrée, une révision du schéma permettra de l'envisager (en neurochirurgie, neurochirurgie fonctionnelle cérébrale et en NRI).

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

#### Neurochirurgie :

Neurochirurgie générale pour adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	0	1
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

<b>Neurochirurgie - Pédiatrique</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

<b>Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

75 : 5 sites autorisés dont un site pédiatrique

Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

### Neuroradiologie interventionnelle

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en neuroradiologie (adultes et pédiatrie)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

## Greffes

### LES GREFFES D'ORGANE

#### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de greffe d'organe comprend les greffes de cœur, poumon, cœur-poumon, foie, intestin, rein, rein-pancréas, pancréas. Les autorisations précisent si l'activité concerne les enfants ou les adultes.

Au cours du précédent schéma, en termes d'implantations, le nombre de sites de transplantation est resté stable sauf pour les greffes hépatiques, avec une diminution d'un centre correspondant au regroupement de deux sites et pour les greffes de pancréas avec arrêt de l'activité pour un site.

#### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Renforcer le prélèvement et la greffe implique de professionnaliser les équipes chirurgicales et de revoir les modes d'organisation pour pouvoir assurer les diverses missions et les développements médicalement et technologiquement plus complexes.

Les orientations souhaitables en matière d'offre sont des accompagnements de regroupements de centres de transplantation permettant un renforcement des ressources humaines spécialisées et des plateaux techniques ainsi qu'en parallèle l'organisation d'un maillage territorial multidisciplinaire pour l'inscription en liste d'attente et le suivi des patients.

Les objectifs fixés pour l'activité de greffe d'organe sont :

- Augmenter le nombre de prélèvements
- Décliner les mesures du plan greffe dans le cadre des missions de l'ARS
- Développer le suivi par des personnes déléguées ou de la télémédecine : suivi gradué
- Développer les dons par donneur vivant

**IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)**

Greffes de rein - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	3	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Greffes de rein - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes de cœur - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	1	0	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Greffes de cœur - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes de cœur poumon - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	0	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	1	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Greffes de cœur poumon - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes de foie - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	1	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Greffes de foie - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes d'intestin - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



Greffes d'intestin - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Greffes de pancréas - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes de pancréas - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Greffes de poumon - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	1	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Greffes de poumon - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Greffes de rein pancréas - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	1	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

### LES GREFFES DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES :

Greffes de cellules hématopoïétiques - Adultes dont spécification adolescents-jeunes adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Greffes de cellules hématopoïétiques - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

## Médecine d'urgence

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Dans le paysage francilien, les structures d'urgences occupent une place importante et constituent un élément central dans l'organisation de l'offre de soins non programmée entre PDSA, offre ambulatoire et PSES. La médecine d'urgence s'appuie sur un ensemble cohérent : la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficacité (SAMU), la proximité au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents conformément aux textes réglementaires (SU et SUP).

Les services d'urgence jouent souvent un rôle hybride oscillant au gré de facteurs extrinsèques, des spécificités territoriales et des évolutions du système de soins : entre centres de diagnostic rapide se substituant parfois aux hôpitaux de jour ou à la médecine de ville, centres d'accès à la médecine spécialisée ou à l'hospitalisation, centres d'excellence et polyvalents de prise en charge de l'urgence vitale ou ressentie comme telle, centres d'accueil des parcours de soins brisés ou d'errance d'une demande de soins. Conformément aux articles R. 6123-1 et R. 6123-4, R. 6123-5, R.6123-8 du CSP, les modalités d'exercice de la médecine d'urgence sont soumises à autorisation et se distinguent en Île-de-France selon les modalités suivantes :

- SAMU (Service de l'Aide Médicale Urgente)
- SMUR (Service mobile d'Urgence et de Réanimation terrestre et hélicoptère)
- SMUR pédiatriques
- Structures d'urgences
- Structures d'urgences pédiatriques

Depuis une vingtaine d'années, le recours aux structures d'urgence est devenu un mode d'entrée de plus en plus fréquent dans le système de soin. En 2015, plus de 18 millions de passages ont été recensés en France (versus 7 millions de visites en 1990) dont près de 4 millions de passages ont été recensés en Île-de-France (20% de l'activité nationale). Cette croissance est plus soutenue que l'évolution démographique (source INSEE : 57 996 401 en 1990 versus 66 380 602, soit +8 384 201 habitants et +14%). On note une accélération notable depuis 10 ans avec une croissance de + 30% (source IRDES 2015).

En Île-de-France, la croissance reste très soutenue dans les structures d'urgence avec une évolution de 2 à 3 % entre 2014 et 2015 et près de 5 % en 2016 (soit un peu moins de 200 000 passages supplémentaires dans les structures d'urgences franciliennes). Cette croissance est variable à l'échelle des territoires et concerne les structures polyvalentes ou pédiatriques. De leur côté, les CRRRA 15 (Centre de réception et de régulation des appels) de la région ont réceptionné en 2016 plus de 4,7 millions d'appels soit plus de 400 000 appels de plus qu'en 2015 (+ 9,6 %). L'augmentation du nombre de sorties SMUR est plus modérée (+ 1%).

La région Île-de-France dispose d'un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers cohérent qui permet d'assurer pour la quasi-totalité des Franciliens une couverture en moins de 30 minutes conformément aux orientations nationales.

L'Île-de-France se distingue par une densité importante de structures d'urgence à haut volume d'activité. Cette spécificité constitue un défi supplémentaire dans les capacités d'évolution et d'adaptation du réseau francilien aux nouveaux enjeux de la nécessaire territorialisation des activités d'urgences.

L'offre francilienne totalise en juin 2018 :

- 87 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence (SU),
- 35 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence pédiatrique dont 3 sites prenant en charge exclusivement des enfants (SUP),
- 36 SMUR,
- 5 SMUR pédiatriques,
- 8 SAMU,

Par ailleurs l'Île-de-France est dotée d'un hélismur.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Les objectifs qui visent à **apporter une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente**, fixés à l'aune des besoins identifiés, sont présentés ci-dessous :

- **Mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences et des soins non programmés** : mettre en place un observatoire régional des urgences, promouvoir l'animation territoriale sur la qualité des données des structures, améliorer la connaissance de l'activité, valoriser l'expertise métier ;
- **Optimiser les organisations territoriales** : mettre en place une animation à travers des réseaux des urgences prenant en compte les nouvelles organisations territoriales (GHT notamment) ; réfléchir sur les perspectives d'évolutions organisationnelles à l'échelle du territoire et des structures, prioriser les structures fragiles afin de mieux guider les actions, optimiser la régulation régionale des SMUR pédiatriques ;
- **Améliorer l'aval des urgences** : améliorer le pilotage de la gestion des lits ; travailler sur la prédictibilité du besoin en lits non programmés, mieux suivre et évaluer la mise en place d'indicateurs sur l'aval dans le portail eCERVEAU ;
- **Améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures** : favoriser les partenariats intra GHT et intra régionaux, améliorer les conditions de travail notamment liées à l'aval, mieux évaluer la pénibilité, favoriser et mieux accompagner les parcours professionnels, favoriser l'émergence du leadership et du management ;
- **Mieux anticiper les périodes de mise en tension des structures d'urgence** et organiser l'offre de soins lors des périodes de mise en tension sur le système de santé : identifier de nouveaux leviers d'amélioration afin de promouvoir la conduite du changement vers une approche plus transversale, plus intégrative de la problématique et plus en adéquation avec la réalité des spécificités des territoires ;
- **Optimiser l'articulation avec la Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES)** ;
- **Favoriser l'articulation entre les différents dispositifs de soins non programmés au niveau des territoires** : avoir une approche plus transversale autour d'un seul terme : **l'accès aux soins non programmés**. Les structures d'urgence hospitalières s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. Ainsi, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA), la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), les urgences hospitalières, sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les implantations actuelles sont maintenues dans l'attente des évolutions réglementaires au niveau national, compte tenu :

- de la croissance d'activité continue des structures en Île- de-France,
- d'un réseau cohérent assurant une couverture en moins de 30 minutes d'une structure de prise en charge des soins urgents ;

#### Structures des urgences :

<b>Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) adultes</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	13	13	13
77	11	11	11
78	11	11	11
91	11	11	11
92	11	11	11
93	12	12	12
94	9	9	9
95	9	9	9
<b>TOTAL IDF</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>87</b>

<b>Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) pédiatriques</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	6	6	6
78	4	4	4
91	4	4	4
92	5	5	5
93	5	5	5
94	4	4	4
95	4	4	4
<b>TOTAL IDF</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

**Dont:**

<b>Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) pédiatriques exclusives</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

**Services de l'Aide Médicale Urgente :**

<b>Médecine d'urgence - Services d'aide médicale d'urgence (SAMU)</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

**Services mobiles d'Urgence et de Réanimation terrestres et hélicoptérés :**

<b>Médecine d'urgence - Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) adultes</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	8	8	8
78	5	5	5
91	6	6	6
92	2	2	2
93	4	4	4
94	2	2	2
95	5	5	5
<b>TOTAL IDF</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

<b>Médecine d'urgence - Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatriques</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>



## Réanimation – soins critiques

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les objectifs de stabilisation du nombre de lits et de sites de réanimation et d'unités de surveillance continue ont été atteints dans le cadre de la mise en œuvre du PRS 1 :

Réanimations : depuis plus de 10 ans, la stratégie régionale a consisté à diminuer le nombre des implantations de faible capacité en renforçant les autres réanimations, aboutissant à une diminution globale du nombre de lits de 6% entre 2008 et 2017. La quasi-totalité des réanimations dont la taille est strictement inférieure à 8 lits a été fermée ou a fait l'objet d'un non renouvellement d'autorisation, avec regroupement des activités « lourdes » dans des unités de réanimations plus importantes, au sein d'un environnement médicotechnique plus favorable. Ces unités fermées ont - pour certaines - été requalifiées en USI ou USC.

Depuis 2013, il n'y pas eu de difficulté d'ordre capacitaire dans la région (pas de disponibilité en lits de réanimation inférieure à 40 lits (déclarés sur le Répertoire Opérationnel des Ressources, ROR) plus de deux jours de suite.

Un groupe d'expert régional, mandaté par le comité régional dédié aux soins critiques, a proposé en 2015 des critères d'évaluation de l'activité de réanimation, repris dans l'arrêté du DGARS Île-de-France n°16-145 du 4 avril 2016. Ces indicateurs qui ont pour objectif une meilleure connaissance des besoins et de l'offre en soins critiques au sein de la région s'imposent à tout titulaire de l'autorisation d'activité.

Unités de surveillance continue : l'installation des capacités en lits de réanimation et de surveillance continue à proximité immédiate de la réanimation (d'une capacité au moins égale à 50% de celle de la réanimation - cf circulaire DHOS/SDO/N°2003/413 du 27 août 2003) a été complétée, pour les réanimations non spécialisées – chirurgie cardiaque ou neurochirurgie –, et à l'exception d'un site. La mise en place des USC sous la responsabilité des réanimateurs a été accompagnée pour les sites dont l'USC est directement adossée à la réanimation. Par ailleurs des USC pédiatriques, non adossées à une réanimation, ont été reconnues dans le cadre de deux appels à candidature réalisés en 2014 (8 sites/32 lits) et en 2017 (9 sites/36 lits).

Soins critiques adultes:

- En juin 2018, **69 établissements exercent une activité de réanimation en Île-de-France** : 25 établissements publics de santé (EPS), 19 établissements de l'AP-HP, 15 établissements privés commerciaux, 7 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 1 centre de lutte contre le cancer (CLCC) et 2 hôpitaux d'instruction des armées (HIA –hors procédure d'autorisation). Ils totalisent 95 services ou unités de réanimation représentant au total une capacité d'environ 1 170 lits.
- 14 unités de réanimation comportent 8 lits. Un établissement de grande couronne détient une autorisation dérogatoire (unité de 6 lits) dans le cadre d'un département territorial de soins critiques mis en place au sein d'un GHT.

Il persiste une hétérogénéité intra régionale dans la répartition des unités /lits de soins critiques. Cette hétérogénéité est en partie liée à la présence dans Paris intra-muros d'unités de réanimation spécialisées, centres de recours pour l'ensemble de la région.

Implantations et capacitaire par département en Île-de-France (réanimation adulte)

Départements	Établissements	Capacités	Capacités de réanimation (hors neurochirurgie et chirurgie cardiaque)
75	15	407	312
77	6	73	73
78	8	84	82
91	6	95	88
92	12	193	152
93	9	103	89
94	8	153	111
95	5	62	62
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>1170</b>	<b>990</b>

Source : inventaire ARS, incluant le service de

En 2016, l'Île-de-France a totalisé 55 279 séjours en unités de réanimation (soit 378376 journées), dont 41 207 séjours (60,7%) ou 353 404 journées (93%) avec le supplément réanimation. Depuis 2013, alors que le nombre de séjours est stable (environ 55 000/an), le nombre de journées d'hospitalisation en unités de réanimation a diminué de 1%, de façon constante. Cette diminution accompagne une baisse de la DMS de 7,06 jours en 2013 à 6,84 en 2016, témoin de la modification des pratiques médicales et/ou de la typologie des patients admis. En 2016, 5 unités de réanimation parmi celles disposant alors d'une autorisation d'activité ont totalisé moins de 250 séjours dans l'année.

- **134 établissements franciliens exercent une activité de surveillance continue** (incluant les USC adossées à une réanimation), totalisant 1 282 lits. Pour 63 établissements de santé, l'activité d'USC est non adossée à une unité de réanimation (soit 437 lits d'USC), dont 8 établissements publics de santé (EPS), 52 établissements privés commerciaux, 2 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 1 centre de lutte contre le cancer (CLCC).

Implantations et capacitaire par département en Île-de-France (USC adulte)

Départements	Établissements	Capacités
75	26	328
77	17	126
78	15	116
91	14	132
92	22	236
93	17	141
94	14	134
95	9	69
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>1282</b>

*Source : inventaire ARS, incluant le service de santé des armées*

En 2016, l'Île-de-France a totalisé 58 833 séjours en USC (soit 335116 journées), avec supplément USC. Cette activité est en augmentation constante depuis 2009, soit 70% d'augmentation du nombre des séjours, et 102% d'augmentation du nombre des journées. Initialement, cette augmentation était principalement liée au développement de cette offre de soins en rapport à la mise en place progressive de la réglementation. La poursuite de l'augmentation d'activité des USC franciliennes semble correspondre à une augmentation des besoins.

- En outre, **9 types d'unités de soins intensifs (USI)** sont aujourd'hui identifiés dans la région (total régional de 1 126 lits reconnus) : USI en cardiologie, USI Neurovasculaires, USI en hématologie, USI en dermatologie, USI en pneumologie, USI hépato-gastro-entérologie, USI Maladie infectieuse, USI Néphrologie et USI en neurologie.

Soins critiques pédiatriques :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, **7 réanimations pédiatriques** sont autorisées dans la région : 3 réanimations pédiatriques (1 dans l'Essonne, 2 dans les Hauts de Seine) et 4 réanimations pédiatriques spécialisées (3 à Paris, 1 dans le Val de Marne).

**18 établissements disposent d'unités de surveillance continue** (incluant les USC adossées à une réanimation), totalisant 274 lits. 11 exercent cette activité au sein d'USC non adossées à une unité de réanimation pédiatrique (45 lits d'USC). En outre, 9 USCP vont être mises en œuvre, suite à l'appel à projet régional lancé en 2017.

2 types d'USI sont identifiés en Île-de-France pour la prise en charge des enfants (hors soins intensifs de néonatalogie). **5 sites** et 67 lits sont ainsi reconnus (4 sites dotés d'une USI hématologie totalisant 65 lits et 1 site doté d'une USI neurovasculaire de 2 lits).

## OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

### ➤ **Consolider l'offre de soins critiques en Île-de-France :**

Dans la poursuite des objectifs du PRS1, il convient de renforcer la structuration de l'offre de soins critiques en se basant sur l'évaluation des besoins.

Capacitaire global de soins critiques (réanimation et USC) : les données globales d'activité en réanimation suggèrent de maintenir la capacité régionale actuelle en lits de réanimation. La diminution récente du nombre des séjours qualifiants devra toutefois inciter à une réflexion régionale avec les différents partenaires et les professionnels sur ce dimensionnement régional global et la répartition des lits implantés.

A contrario, la constante progression de l'activité des USC franciliennes, persistante plusieurs années après la mise en conformité des établissements disposant d'une autorisation de réanimation (création des USC adossées), suggère de poursuivre le développement des capacités de surveillance continue pour l'adulte. La diminution du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle dans le cadre du « virage ambulatoire » ainsi que la diminution des moyens de surveillance (notamment paramédicale) qui y sont dédiés tend à conforter cette attitude.

Ainsi, le nombre d'implantations de réanimation n'a pas vocation à progresser dans la durée du PRS2. Dans certains territoires, une redistribution des capacités doit permettre de structurer l'offre autour d'unités de réanimation disposant d'un nombre suffisant de lits pour :

- respecter la réglementation concernant le ratio d'une IDE pour 2,5 patients,
- utiliser au plus juste la ressource médicale dans un contexte où la démographie médicale est contrainte (en médecine intensive-réanimation et en anesthésie-réanimation) et reste donc un sujet majeur pour l'organisation de l'offre,
- utiliser au plus juste la ressource matérielle et les plateaux techniques,
- atteindre un niveau d'activité suffisant pour permettre un maintien de compétence et une amélioration de la relation volume d'activité / qualité des soins (voire mortalité) scientifiquement démontrée ;

L'évolution des services de réanimation concernés par une taille égale à 8 lits et/ou une activité inférieure à 250 séjours par an pourrait conduire à une augmentation de capacité si le besoin est avéré ou à un regroupement de sites.

Le nombre d'implantations d'unités de surveillance continue n'a pas vocation à progresser dans la durée du PRS2, seules les capacités des unités pourront être réévaluées en fonction des conclusions du groupe de travail régional.

### ➤ **Territorialiser l'offre de soins critiques :**

Il semble impératif de graduer l'offre de soins critiques au sein des territoires, et en particulier en grande couronne, et au sein des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Cette gradation des soins critiques doit probablement s'organiser autour d'unités de réanimation référentes pour les unités de plus petite taille ou les USC isolées du territoire.

Le premier niveau d'organisation concerne les GHT : des organisations sur les parcours de patients et des coopérations doivent être écrites dans les projets médicaux partagés, et des équipes territoriales de soins critiques peuvent être créées si la démographie médicale le nécessite et le permet. Une réflexion plus globale sur l'organisation des soins critiques sur chaque territoire devra se tenir, avec les unités de soins critiques de tous les établissements partenaires, en lien avec la (les) unité (s) de réanimation de l'établissement de référence, le cas échéant.

Ainsi, l'ARS Île-de-France sera particulièrement attentive à l'amélioration des coopérations et des organisations entre les structures détenant et ne détenant pas d'autorisation pour l'activité de réanimation et encouragera les différents établissements à structurer par des conventions cette offre graduée de soins critiques.

➤ **Mieux encadrer les Unités de Surveillance continue isolées (non adossées à une unité de réanimation au sein de l'établissement) :**

Un certain nombre de ces unités est né de la requalification d'unités de réanimation en USC dans le cadre des travaux de structuration de l'offre de soins durant le PRS1. Ce sont des USC médico-chirurgicales (ou polyvalentes) le plus souvent. Il faut évaluer et clarifier le rôle de ces USC polyvalentes isolées dans l'offre de soins, et que ces USC disposent d'un cadre organisationnel qui peut être défini à l'échelle régionale. Ces unités doivent être positionnées dans leur territoire (GHT, département,) selon le principe de gradation des soins.

➤ **S'appuyer sur le développement de la télémédecine :**

Le développement de la télémédecine doit permettre d'assurer le partage et le transfert des compétences ainsi que l'homogénéisation des pratiques médicales, notamment entre les unités de surveillance continue isolées et l'unité de réanimation référente. L'accès aux centres de réanimation experts/ spécialisés sera également facilité.

➤ **Moduler l'offre de soins critiques selon la saisonnalité des besoins :**

L'offre de soins en réanimation doit pouvoir s'adapter à des besoins inhabituels liés à la gestion de crises (canicule, grippe, ...) mais surtout les établissements doivent pouvoir anticiper certaines périodes de tension récurrentes. L'ARS Île-de-France a initié en 2017 l'écriture d'un plan d'anticipation et d'adaptation du système de santé aux périodes de tension. Ce plan intègre un axe dédié aux soins critiques, et bien que la modulation capacitaire des unités de réanimation ne soit pas simple, des solutions élémentaires comme la coordination des périodes de fermetures de lits au sein d'un territoire (et en particulier au sein d'un GHT) peuvent être mise en place.

Par ailleurs, promouvoir la modularité des services (possibilités architecturales et organisationnelles) dans le cadre des projets de reconstruction/ rénovation des unités permettrait d'adapter les services à la gestion des épidémies saisonnières, des crises, et des épidémies de bactéries multi-résistantes.

➤ **Renforcer le système d'information sur les capacités d'accueil régionales :**

Le système d'information sur la disponibilité des lits de réanimation, intégré au Réseau Opérationnel des Ressources est destiné à permettre une meilleure adéquation des ressources aux besoins. L'exhaustivité des informations concernant la disponibilité des lits en réanimation et soins intensifs est un objectif fort (actuellement 70% des établissements saisissent leurs données).

Plusieurs axes de modernisation de l'outil sont envisageables (disponibilité de l'outil sur smartphone, ajout des unités de surveillance continue isolées ou adossées aux unités de réanimation, ajout du nombre de lits implantés mais fermés afin de disposer d'une quantification de la réserve de lits par territoire pour la gestion des périodes de tension).

➤ **Une approche plus transversale autour d'un seul terme : l'accès aux soins non programmés**

Les unités de soins critiques s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. L'évaluation globale des besoins en lits de soins critiques doit se faire dans cette approche transversale intégrant notamment les régulations médicales (SAMU) et les services d'urgences.

➤ **Améliorer le taux de prélèvements chez les patients éligibles au don d'organe :**

Les services de réanimation, investis dans cette mission d'intérêt commun, ont un rôle important à assumer auprès des autres professionnels de santé, des patients et de leurs familles. Le recensement des morts encéphaliques leur incombe.

➤ **Maîtriser l'émergence des bactéries multi-résistantes émergentes :**

L'Île-de-France est particulièrement exposée aux entérobactéries résistantes aux carbapénèmes du fait de son attractivité médicale. Parmi ces patients, 40% ont été diagnostiqués en réanimation. Des épidémies peuvent avoir un impact majeur sur l'offre de soins critiques spécialisée, comme par exemple pour la réanimation des adultes grands brûlés possible dans 2 sites seulement en Île-de-France.

Le regroupement des patients porteurs de BMR émergentes dans des secteurs dédiés permet de prévenir au mieux les épidémies, tout en limitant l'impact sur l'offre de soins. Les services de réanimation structurés en unités indépendantes et autonomes permettent de dédier un secteur à ce type de patients sans fermer l'intégralité du service.

➤ **Evaluer (mettre en place et moderniser le dispositif de suivi de l'activité) :**

La nécessité d'un registre d'activité de soins critiques (ou tableau de suivi) doit être de nouveau validée au sein du comité régional dédié, et il devra être mis en place durant le PRS2 afin de disposer des indicateurs pertinents pour décrire au mieux les besoins et l'offre de soins critiques en Île-de-France. Ceci s'inscrit dans le prolongement du travail du groupe d'experts régionaux précités.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Réanimation - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	15	15
77	6	6	6
78	8	6	8
91	6	6	6
92	11	11	11
93	9	8	9
94	7	7	7
95	5	5	5
<b>TOTAL IDF</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>67</b>

Réanimation pédiatrique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	2	2	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Réanimation pédiatrique spécialisée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

## Insuffisance rénale chronique

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Quatre modalités de dialyse sont définies pour le traitement de l'insuffisance rénale stade 5 :

- Hémodialyse en centre (HD)
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en unité d'auto dialyse (AD) simple ou assistée
- Dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou dialyse péritonéale (DP)

Les normes concernant les locaux, les matériels techniques et les dispositifs médicaux sont fixées par arrêté. La transplantation rénale reste la méthode de traitement de l'IRC stade 5 à privilégier.

En Île-de-France, 61 centres d'hémodialyse (HD), 62 UDM, 58 unités d'autodialyse, 14 sites d'hémodialyse à domicile et 31 sites de dialyse péritonéale sont autorisés en juin 2018.

Evolution de l'offre autorisée depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2013 (PRS 1)									
Centre (HD)		UDM		Autodialyse		HD à domicile		DP	
-2	-3%	+14	+29%	-1	-3%	+5	+75%	+1	+3%

L'activité de dialyse a augmenté de 10 % entre 2014 et 2015, toutes modalités confondues, de manière hétérogène entre les départements.

On note une diminution de l'incidence de l'IRC 5 traitée par dialyse entre 2015 et 2016 et une stabilisation de la prévalence (7861 patients). Des disparités départementales sont à noter avec une plus forte prévalence en Seine Saint Denis. Pour plus de la moitié des patients, la pathologie initiale est l'HTA ou le diabète, en augmentation dans la population francilienne. Par ailleurs il faut prendre en compte le vieillissement de la population, actuellement 33% des patients dialysés ont plus de 75 ans.

L'analyse de la répartition des patients selon leur mode de prise en charge montre que les patients incidents sont traités à 88% par HD et 7% par DP. Les patients prévalents sont traités par HD à 61%, UDM à 19.8%, UAD à 14%, HDD à 1%, et DP à 4.4%. Les patients de moins de 75 ans sont traités à 51% en centre et les plus de 75 ans à 80 %. Ces derniers représentent la moitié des patients pris en charge en centre.

La démographie médicale des néphrologues reste fragile. Bien que leur densité ait augmenté depuis 2011, elle répond tout juste aux besoins régionaux. On note des densités plus faibles en grande couronne (inférieures à la densité nationale et régionale) et une densité triple de celle de la France à Paris. Les effectifs restent en augmentation inégale au niveau départemental depuis 2011.



## OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

- Les besoins actuels face aux enjeux démographiques et épidémiologiques sont de :
  - poursuivre la diversification et la territorialisation de l'offre,
  - faire de la prise en charge de l'IRC un parcours global à renforcer,
  - aller vers une décision médicale partagée et un accompagnement de proximité,
  - améliorer l'accès à la greffe rénale,
  - soutenir l'évolution des ressources humaines médicales et paramédicales,
  - assurer une meilleure prise en compte des publics spécifiques en particulier des personnes âgées et des personnes en situation de précarité.
- **Améliorer les parcours de prise en charge de l'IRC :**
- Renforcer le dépistage et la prévention des maladies chroniques cardio-métaboliques en prenant en compte les disparités territoriales,
  - Retarder l'évolution vers l'IRC stade 5 en particulier par une meilleure prise en charge en pré dialyse et des programmes d'ETP,
  - Améliorer l'offre en SSR à orientation néphrologique,
  - Permettre une meilleure visibilité de l'offre de prise en charge de l'IRC par un meilleur affichage des offres de dialyse, des services de greffe, consultations, hôpitaux de jour, SSR,
- **Optimiser les prises en charge de l'IRC stade 5 en dialyse :**
- Favoriser l'implication des patients dans la décision médicale partagée vers plus d'autonomie et de fluidité des prises en charge: évaluation et diffusion de la consultation d'annonce,
  - Diversification des prises en charge en renforçant le hors centre,
    - Etude des freins au développement des modalités de dialyse autonome
    - Prise en compte des nouvelles prises en charge type hémodialyse quotidienne nocturne
  - Ajuster l'offre aux besoins et assurer un maillage territorial,
    - Définir des indicateurs de suivi des besoins via REIN PMSI et SNIIRAM
    - Répertoire l'offre de soins en IRC dont le nombre de postes et de séances afin de mieux préciser le maillage et les besoins éventuels et établir une cartographie
  - Revoir l'organisation des replis
    - en tenant compte de l'objectif d'augmentation des modalités de dialyse à domicile
    - en cas d'événement exceptionnel type inondation

- **Augmenter le prélèvement et la greffe tout en renforçant qualité et sécurité :**
- Améliorer l'inscription sur liste d'attente y compris les inscriptions préemptives
  - Renforcer les aspects chirurgicaux pour le prélèvement et la greffe
  - Développer la greffe à partir de donneur vivant
  - Homogénéiser les pratiques bilans pré-greffes et renforcer la coordination inter-centres.
  - Organiser un suivi partagé des greffés

### DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

La région ne présente pas de besoin de création ex nihilo de sites d'hémodialyse en centre ou en unités de dialyse médicalisée. Tous les territoires doivent travailler à renforcer l'autodialyse (les cibles prévues dans le PRS 1 ont été maintenues dans le PRS 2) et les modalités de dialyse à domicile.

Comme dans le PRS 1, il n'y a pas de fixation de cibles dans le PRS 2 pour l'hémodialyse à domicile et la Dialyse péritonéale. Il est considéré que tout site réalisant une activité de traitement de l'IRC doit pouvoir développer une activité d'hémodialyse à domicile et de dialyse péritonéale et solliciter une autorisation après formation de son équipe médicale et paramédicale. Des expérimentations visant à favoriser la prise en charge à domicile doivent être encouragées.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Hémodialyse en centre (HD) :

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale - Hémodialyse en centre			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	15	15
77	5	5	5
78	7	7	7
91	7	7	7
92	8	8	8
93	7	7	7
94	8	8	8
95	4	4	4
<b>TOTAL IDF</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>61</b>

**Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) :**

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale			
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	12	12	12
77	6	6	6
78	7	7	7
91	7	7	7
92	8	8	8
93	9	9	9
94	8	8	8
95	5	5	5
<b>TOTAL IDF</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>62</b>

**Hémodialyse en unité d'auto dialyse (AD) simple ou assistée :**

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale			
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	8
77	8	8	9
78	8	8	9
91	6	6	7
92	5	5	7
93	11	11	11
94	7	7	7
95	6	6	6
<b>TOTAL IDF</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>64</b>

## Traitement du cancer

### L'OFFRE DE SOINS EN CANCEROLOGIE

La lutte contre le cancer est une priorité majeure des politiques de santé publique et de recherche depuis le début des années 2000. Deux plans nationaux se sont succédés depuis 2003 et le troisième Plan cancer a été publié en 2014.

#### Constats - bilan du PRS 1 :

La mise en œuvre des deux plans cancer et des décrets de 2007 a eu un effet bénéfique sur la structuration de l'offre de soins, le déploiement de mesures transversales de qualité et des critères d'agrément de l'Inca.

En effet, dans le champ d'intervention de l'ARS, les principales avancées dans la région concernent la qualité et la sécurité des soins avec la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire, le déploiement du dispositif d'annonce, un meilleur accès aux soins de support, des infrastructures permettant la préparation des médicaments anticancéreux injectables dans des conditions adaptées ou encore le développement de la médecine personnalisée avec l'accès aux plateformes moléculaires.

**La cancéropédiatrie, un modèle d'organisation :** l'organisation de la prise en charge en cancéropédiatrie, d'ores et déjà structurée, a été renforcée au travers des deux plans cancer précédents pour aboutir à une bonne structuration et à une véritable organisation du parcours :

- 4 centres de référence, des services de chirurgie spécialisée et des hôpitaux généraux au titre d'établissements associés. Les prises en charge peuvent être relayées en SSR d'hématocancérologie et en HAD. Cette organisation garantit un accès à l'expertise tout en permettant une prise en charge de proximité lors de certaines étapes du traitement.
- Cette organisation graduée en Île-de-France s'appuie sur les actions de coordination et de formation des acteurs à domicile du réseau de cancérologie pédiatrique RIFHOP qui couvre toute la région.
- La synergie entre les différents acteurs est renforcée depuis la création de l'organisation interrégionale en oncopédiatrie de coordination inter-hospitalière CANPEDIF.
- Des unités adolescents-jeunes adultes ont été identifiées. Celles-ci doivent s'organiser pour mettre en place une cellule régionale ressource.
- Un hébergement temporaire est proposé à l'enfant malade, ses parents et sa fratrie, dans les situations de précarité
- Des programmes de suivi à l'âge adulte de patients traités pour une pathologie tumorale dans l'enfance se mettent en place.

**Chez l'adulte,** l'offre de soins est aujourd'hui plus structurée pour l'ensemble des modalités :

- **Une bonne structuration de l'organisation de la prise en charge mais des fragilités persistantes :**

L'offre repose sur quelques grands centres ayant une offre en cancérologie diversifiée et un niveau d'activité élevé ainsi que sur un nombre plus important de centres de taille moindre offrant moins de modalités de traitements différentes. L'attractivité de l'AP-HP et des 2 CLCC a un retentissement sur l'organisation régionale.

- 141 structures sont autorisées à exercer l'activité de traitement du cancer : 2 CLCC, l'AP-HP sur 19 sites, 29 établissements généraux, 10 ESPIC, 81 établissements privés lucratifs et cabinets de radiothérapie. L'offre est inégalement répartie sur la région et prépondérante dans les départements de Paris, des Hauts- de-Seine et du Val de Marne.
- 558 modalités différentes sont autorisées (données de juin 2018):
  - Pour la chirurgie des cancers, 124 établissements dont 112 pour des modalités soumises à seuil : 74 en chirurgie mammaire, 96 en digestif, 67 en urologie, 51 en gynécologie, 39 en ORL-Maxillo- Facial et 19 en thoracique,
  - Pour la pratique de la chimiothérapie, 84 établissements,
  - En radiothérapie externe, 26 structures. L'irradiation en sources non scellées est assurée par 12 services et les différentes techniques de curiethérapie par 11 établissements. En 2010, le quart des centres de radiothérapie externe étaient non conformes. En 2017, avec la fermeture de 5 activités, tous les centres en fonctionnement sont conformes et portent les investissements nécessaires à l'évolution des plateaux techniques. Le temps d'accès est demeuré stable malgré ces fermetures.

Cette organisation fait notamment suite aux procédures de conformité et de renouvellement des autorisations au cours desquelles les activités ne respectant pas les dispositions réglementaires ont cessé. Lors de la révision du SROS-PRS intervenue en mars 2015, les implantations cibles disponibles au schéma ont été retirées. Le cas échéant, les créations d'activité peuvent intervenir dans le cadre de recompositions de l'offre existante. Dans ce contexte, les coopérations entre acteurs de la prise en charge du cancer demeurent insuffisantes. Quelques projets ont abouti et concernent tous les statuts d'opérateurs.

Evolution du nombre d'autorisations depuis 2009							
Modalités	2009	Juin 2018	Evolution	Modalités	2009	juin 2018	Evolution
Chirurgie digestive	109	96	- 13%	Chimiothérapie	93	84	- 10%
Chirurgie gynécologique	63	51	- 19%	Radiothérapie externe	30	26	- 13%
Chirurgie du sein	89	74	- 17%	Curiothérapie BD	13	8	- 38%
Chirurgie ORL-MF	53	39	- 26%	HD	8	9	+12%
Chirurgie du thorax	22	19	- 13%	DP	5	4	- 20%
Chirurgie urologique	86	67	- 22%	Sources non scellées	16	13	- 19%

**Ce dispositif reste fragile** dans certains territoires au regard :

- du niveau d'activité, environ 10 % des autorisations des chirurgies soumises à seuil ont un niveau d'activité proche du seuil réglementaire,
- de la taille des équipes. La démographie médicale n'est pas sous tension extrême. Les effectifs en formation sont préservés et la région est attractive. Cependant, les difficultés sont manifestes pour certains métiers dans certains territoires.
- d'activités parfois isolées.

En effet, les mesures qualitatives à mettre en œuvre et la prise en charge pluridisciplinaire inhérente à la pathologie nécessitent une expertise et des moyens qui sous-tendent une file active de patients conséquente. Or les seuils d'activité opposables, très faibles, n'ont pas permis une réorganisation pérenne sur tout le territoire et ont mis en concurrence des petites structures au lieu de les engager dans des coopérations.

Chirurgie	Autorisations sans hôpitaux militaires								
	Total	< seuil		Seuil à 1.5Xseuil		45-99 / 30-99 actes		100 actes et plus	
		Nb	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
Sein	74	5	7%	12	16%	28	38%	29	39%
Digestif	97	6	6%	19	20%	42	43%	30	31%
Urologie	68	4	6%	16	24%	28	41%	20	29%
Gynécologie	53	6	11%	15	28%	22	42%	10	19%
RL-MF	40	10	25%	4	10%	15	38%	11	28%
Thorax	19	2	11%	2	11%	4	21%	11	58%
Total	351	33	9%	68	19%	139	40%	111	32%

- **Les mesures transversales de qualité inégalement diffusées :**

Les mesures qualitatives nécessaires à la prise en charge sont mises en place avec le développement de la multidisciplinarité autour de 417 réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), l'accès au dispositif d'annonce et 48 centres de coordination en cancérologie (3C) qui organisent ce dispositif. La remise du PPS reste insuffisante, l'accès aux soins de support est inégal.

L'Île-de-France est une région assez bien dotée en structures de soins palliatifs (25 USP, 70 EMSP, 93 établissements disposant de LISP). Le maintien à domicile est facilité par les réseaux de santé et l'HAD. Cependant l'accès aux soins palliatifs peut être amélioré, l'intervention tardive des EMSP étant tardive (en moyenne 18 jours avant le décès). La démarche palliative doit être plus anticipée afin d'éviter les retours aux urgences.

L'accès à l'innovation thérapeutique s'améliore. Le soutien à la recherche clinique a permis d'augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques illustré par la validation de plusieurs conventions de GCS. Le développement des techniques les plus récentes est effectif en radiothérapie.

- **Les établissements mettent en œuvre les mesures d'efficience :**

L'ARS a accompagné l'organisation des établissements dans l'activité de chimiothérapie en hôpital de jour. La démarche se poursuit pour accompagner l'évolution des besoins avec le développement des thérapies orales. La chirurgie ambulatoire des cancers se développe essentiellement en sénologie pour atteindre 34% en 2016 (20% en 2014) dans les tumorectomies et mastectomies partielles.

La centralisation des préparations de chimiothérapie est mise en place dans tous les établissements concernés et la sous-traitance se développe. L'ARS a fixé pour objectif de limiter les unités de préparation disposant d'un faible volume d'activité au regard des mesures de qualité à mettre en œuvre. La démarche doit être renforcée dans le cadre des GHT : les mutualisations et sous-traitances seront encouragées pour les sites ayant un faible volume de préparation.

- **Des parcours facilités :**

- La gradation des prises en charge est organisée selon les modalités suivantes :
  - pour les pathologies les plus rares par l'identification par l'INCa des centres de tumeurs rares.
  - pour l'analyse de la tumeur, trois plateformes de génétique moléculaire. L'organisation de l'anatomo-cyto-pathologie se structure (contraintes démographiques et évolutions techniques) et l'accès à la génétique moléculaire doit permettre de disposer dans les délais nécessaires de l'étude moléculaire.
  - pour la prise en charge des hémopathies malignes, les établissements sont identifiés.
  - pour la fluidification des parcours et une prise en charge de proximité, 48 établissements de soins de suite et de réadaptation et 4 structures d'hospitalisation à domicile, ayant une reconnaissance au titre d'établissement associé en cancérologie, viennent compléter le dispositif. Cependant, des tensions sont identifiées, liées à une mobilisation insuffisante du dispositif.
  - pour la coordination des parcours des patients en situation complexe, la couverture de toute l'Île-de-France par des réseaux de santé est assurée.

Cependant, des soins palliatifs souvent introduits trop tardivement.

- Il a été initié le déploiement territorial des unités de coordination en oncogériatrie. Celui-ci accompagne la prise en compte des besoins spécifiques liés à l'âge et le développement des prises en charge adaptées aux personnes atteintes de cancer. Les fragilités liées au grand âge doivent être systématiquement recherchées et prises en compte.
- Les établissements développent des accueils avec des circuits courts permettant un diagnostic dans de meilleurs délais.
- L'accès à l'imagerie et notamment au TEP et à l'IRM est renforcé afin de réduire les délais de prise en charge (révision du SROS) pour répondre aux objectifs respectivement de 3,4 et 20 par million d'habitants.

- **Des outils d'information, de communication, de coordination insuffisamment déployés :**

Les enjeux liés à une information articulée autour des besoins des patients et des professionnels sont conditionnés par :

- la mise en place du programme personnalisé de soins de même que le programme personnalisé de l'après- cancer.
- le déploiement du dossier communicant de cancérologie et un dossier médical permettant un suivi conjoint.
- l'accès au service régional d'information en santé.

Ces éléments sont, pour le PPS en cours de redéfinition au plan national, le DCC porté dans le cadre du déploiement régional de Terr e-santé. Une fois santé.fr suffisamment riche en contenus sur les principaux sujets, l'outil fera l'objet de campagnes de promotion afin de permettre au plus grand nombre d'en faire usage au quotidien.

- **Les inégalités insuffisamment prises en compte :**

L'ARS a commandé à une équipe de recherche (INSERM-UPMC, Dr P Chauvin) un rapport sur « les inégalités sociales en soins de cancérologie ; comprendre pour adapter les pratiques ». Ce rapport a établi la première bibliographie exhaustive disponible en français sur le sujet. Il pointe les éléments clés de construction des inégalités sociales dans le parcours du patient atteint d'un cancer, et les étapes déterminantes. Ce rapport est désormais en cours de mobilisation par l'Agence dans le cadre de sa stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

## OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

### ➤ Objectifs par pratique thérapeutique :

#### **Radiothérapie :**

En radiothérapie externe, les 26 sites autorisés ont une activité supérieure au seuil. Les recompositions intervenues les six dernières années ont permis aux opérateurs actuels de porter les investissements nécessaires à l'implémentation des dernières techniques avec notamment la mise en œuvre de la radiothérapie conformationnelle en modulation d'intensité (RCMI).

Les sites à 3 machines et plus proposent pour la plupart la stéréotaxie, technique dont les indications sont appelées à se développer sur les prochaines années (cf rapport ARS Île-de-France évaluation des besoins tumeurs solides). Pour ceux qui ne disposent pas de flûte active appropriée et d'équipe permettant la mise en œuvre de cette technique, une organisation entre les sites pour garantir l'accès à cette technique devra être déclinée à l'échelle des territoires. La question de l'avenir des sites à deux machines pour porter les investissements se pose et des recompositions devraient intervenir dans ce cadre (10 sites concernés).

La radiothérapie per opératoire, traitement en 1 jour du cancer du sein, n'a pas démontré suffisamment de bénéfice coût/ efficacité pour qu'un déploiement soit envisagé à ce stade (1centre équipé en Île-de-France). Les 13 sites de radiothérapie interne vectorisée permettront de répondre au doublement de l'activité qui à ce jour demeure confidentielle.



En curiethérapie les indications demeurent stables. Tous les sites existants se sont équipés des techniques de haut débit ou débit pulsé pour palier l'arrêt de commercialisation des fils d'iridium. L'organisation doit être fortement intégrée entre radiothérapie externe et curiethérapie pour garantir l'accès dans les délais recommandés à cette dernière et mutualiser les moyens.

### **Chimiothérapie :**

L'activité de chimiothérapie est autorisée dans 84 établissements. Cette autorisation est précisée par une reconnaissance permettant de prendre en charge les tumeurs solides, les hémopathies certains types et les hémopathies tous types. En outre, ce dispositif est complété par des établissements ayant une reconnaissance d'établissement associé de court séjour (5 établissements) ou de SSR (42 établissements).

Bien que les taux d'incidence des cancers soient pour la plupart en diminution, les besoins augmentent en raison du vieillissement de la population, de l'élargissement des indications et de l'augmentation de la survie sous traitement. En parallèle les modalités de prise en charge demandent plus d'expertise et de spécialisation rendant l'exercice en équipe pluridisciplinaire essentiel. L'inclusion des patients dans les essais cliniques est en constante augmentation. En outre, les établissements autorisés ont à se structurer pour améliorer le suivi de leur patient au domicile en facilitant l'accès à leur expertise et le recours aux soins de support.

En chimiothérapie, il convient de garantir le maintien d'une offre de proximité attractive et sécurisée pour les patients et les professionnels, en développant les coopérations territoriales et en favorisant la possibilité de réalisation de chimiothérapies à domicile.

En raison de difficultés démographiques médicales et de la faible attractivité de certains établissements des recompositions sont prévisibles. L'objectif est de constituer des équipes médicales couvrant l'expertise nécessaire, permettant d'assurer la continuité des soins 365 jours par an et œuvrant au développement de la recherche clinique.

En région Île-de-France, plusieurs sites sont fragiles bien qu'ayant une activité supérieure au seuil. La recomposition des équipes permettra sur les territoires déficitaires de rendre les conditions d'exercice plus attractives (expertise, accès à la recherche clinique, pluridisciplinarité) ce qui contribuera à consolider ainsi une offre de proximité au bénéfice des patients (traitement en circuit court, limitation des transports sanitaires ...).

Les sites « hémopathies tous types » conserveront leur reconnaissance sous réserve de l'organisation de la continuité des prises en charges en soins intensifs d'hématologie et des recompositions prévues (- 2 sites) : 15 sites actuellement.

Les sites « hémopathies certains types » ont vu leurs reconnaissances renouvelées si l'accès à une RCP et à la consultation d'hématologie était organisé : 30 sites actuellement.

Les activités au titre d'établissement associé de court séjour auront à s'inscrire dans un cadre renforçant leur lien avec les établissements autorisés pour garantir l'accès à l'expertise.

### Chirurgie des cancers :

Les alternatives thérapeutiques se développent et la pluridisciplinarité demeure un élément qualitatif essentiel notamment concernant les activités de chirurgie des cancers.

L'évolution des techniques chirurgicales (mini-invasives, robot, neuro navigation, ...) conduit vers le développement d'interventions qui ont pour un bon nombre un post-opératoire moins algique, moins compliqué et des durées d'hospitalisation réduites. Le temps per opératoire est lui-même facilité par ces changements en cours.

L'évolution de ces pratiques repose sur un plateau technique adapté et des équipes formées et permettant d'assurer la continuité des prises en charge.

Des spécificités sont à souligner :

- pour toutes les chirurgies complexes :
  - l'importance de la qualité de la surveillance post-opératoire hospitalière (œsophage, thorax) ;
  - pour la chirurgie ORL-MF, l'accès à la reconstruction dans le même temps opératoire (reconstruction par lambeau libre) ;
  - en sénologie, l'accès à la reconstruction mammaire le cas échéant et notamment immédiat ;
  - en gynécologie : chirurgie combinée digestive, curage lombo-aortique ;
  - pratique régulière de la chirurgie complexe : œsophage, thorax, ovaire, bas rectum, foie complexe ;
- Concernant les cancers de prostate, l'organisation mise en place doit faciliter la visibilité de la prise en compte des alternatives thérapeutiques pour que l'information donnée permette une décision éclairée du patient.

La qualité de la prise en charge chirurgicale repose, outre sur le plateau technique et l'environnement, sur la décision pluridisciplinaire ainsi que sur l'expertise chirurgicale.

Les activités de chirurgie du cancer seront recomposées dans le cadre de ces éléments afin de supprimer l'exercice isolé ne permettant pas d'assurer l'expertise et la continuité de la prise en charge. Ce faisant, sera facilitée la mise en place, pour la chirurgie des cancers, d'une organisation graduée en fonction de la complexité.

Le quart des établissements disposant d'autorisation de chirurgie des cancers n'a pas d'autorisation de chimiothérapie. Une attention particulière sur l'organisation des RCP, la pluridisciplinarité et la coordination du parcours doit être portée dans ces structures.

**SYNTHESE DES OBJECTIFS POUR L'ACTIVITE DE TRAITEMENT DU CANCER:****➤ Prendre en compte l'augmentation et l'évolution des besoins**

- Améliorer la réponse en ville, la coordination ville-hôpital et déployer le dossier communicant de cancérologie,
- Garantir le niveau d'expertise lié aux évolutions et la qualité de la prise en charge sans aggraver les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Suivre, encourager, garantir l'accès aux innovations et aux prises en charge de recours (génomique, anatomocytopathologie numérique), encourager l'évolution des métiers,
- Développer les soins palliatifs dans le parcours cancer,
- Orienter les patients vers une prise en charge adaptée pour diminuer les facteurs de risque de récurrence et de moindre efficacité des soins (tabac, alcool, sédentarité).

**➤ Faire évoluer l'organisation de la prise en charge des parcours dans une logique territoriale**

- Accompagner l'évolution des activités de soins dans le cadre du renouvellement des autorisations. Encourager les coopérations, les recompositions pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge, l'accès diagnostique et thérapeutique dans des délais compatibles avec les recommandations, l'organisation de l'accès aux soins de support,
- En chimiothérapie, maintenir une offre de proximité attractive pour les patients et les professionnels en développant les coopérations et en permettant la réalisation de chimiothérapies à domicile. L'objectif est d'aboutir à la constitution d'équipes d'oncologues et spécialistes d'organe qualifiés/compétents en cancérologie couvrant en expertise la cancérologie fréquente, portant les RCP spécialisées, et couvrant une file active suffisante pour développer la recherche clinique,
- En chirurgie des cancers, veiller à l'adéquation entre la prise en charge et la qualité du plateau technique, l'environnement, la continuité des soins, la composition de l'équipe et le niveau d'activité pour les situations complexes et de recours. L'accès à la reconstruction et notamment la reconstruction immédiate doit être garanti,
- En radiothérapie externe, engager les opérateurs non dotés pour un accès à la stéréotaxie.

## DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

L'organisation des territoires est hétérogène en Île-de-France :

On constate une offre à haute densité sur les départements 75, 92, 94.

Le 93 présente une densité de même ordre mais doit engager les recompositions tant dans le public que le privé pour améliorer son attractivité.

S'agissant des départements 77, 78, 91 et le 95, l'offre est moins dense.

Il convient d'encourager les coopérations et les recompositions pour garantir l'accès diagnostique et thérapeutique, la qualité, la continuité et la sécurité des prises en charge. La structuration doit se poursuivre dans le cadre de la mise en place de projets de territoires.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

### 1. Prise en charge des adultes

Chirurgie des cancers :

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	31	31	31
77	13	11	13
78	13	12	13
91	12	12	12
92	17	17	17
93	15	15	15
94	15	15	15
95	8	8	8
<b>TOTAL IDF</b>	<b>124</b>	<b>121</b>	<b>124</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : digestif</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	19	17	19
77	11	8	11
78	11	10	11
91	9	7	9
92	14	12	14
93	11	8	11
94	13	11	13
95	8	8	8
<b>TOTAL IDF</b>	<b>96</b>	<b>81</b>	<b>96</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : gynécologie</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	14	13	14
77	4	2	4
78	6	4	6
91	5	4	5
92	9	7	9
93	4	3	4
94	4	4	4
95	5	4	5
<b>TOTAL IDF</b>	<b>51</b>	<b>41</b>	<b>51</b>

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : ORL et maxillo-faciale			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	10	8	10
77	1	1	1
78	5	3	5
91	2	1	2
92	9	6	9
93	6	4	6
94	3	2	3
95	3	2	3
<b>TOTAL IDF</b>	<b>39</b>	<b>27</b>	<b>39</b>

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : sein			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	19	17	19
77	7	6	7
78	8	6	8
91	7	5	7
92	10	8	10
93	9	8	9
94	7	6	7
95	7	6	7
<b>TOTAL IDF</b>	<b>74</b>	<b>62</b>	<b>74</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : thorax</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	1	1	1
78	1	0	1
91	1	1	1
92	5	3	5
93	3	1	3
94	0	0	0
95	3	2	3
<b>TOTAL IDF</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>19</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : urologie</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	14	15
77	7	6	7
78	7	6	7
91	7	6	7
92	7	6	7
93	8	6	8
94	9	7	9
95	7	5	7
<b>TOTAL IDF</b>	<b>67</b>	<b>56</b>	<b>67</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	22	21	22
77	12	11	12
78	10	10	11
91	9	8	9
92	14	13	14
93	10	9	10
94	13	11	13
95	7	7	7
<b>TOTAL IDF</b>	<b>97</b>	<b>90</b>	<b>98</b>

Traitement du cancer- Adultes- Chimiothérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	17	15	17
77	11	10	11
78	8	8	9
91	8	7	8
92	13	12	13
93	9	8	9
94	11	9	11
95	7	7	7
<b>TOTAL IDF</b>	<b>84</b>	<b>76</b>	<b>85</b>

Traitement du cancer- Adultes- autres traitements médicaux du cancer			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	20	20	20
77	6	6	6
78	7	7	7
91	4	4	4
92	11	11	11
93	4	4	4
94	10	10	10
95	7	7	7
<b>TOTAL IDF</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>



**Radiothérapie et utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées:**

<b>Traitement du cancer - Adultes - Radiothérapie externe</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	3	2	3
78	2	2	2
91	2	2	2
92	4	3	4
93	2	1	2
94	4	3	4
95	3	2	3
<b>TOTAL IDF</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>26</b>

<b>Traitement du cancer - Adultes - Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées</b>			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	3	3	3
95	1	1	1
<b>TOTAL IDF</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

## Curiethérapie:

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	3	3	3
93	0	0	0
94	1	1	1
95	2	2	2
<b>TOTAL IDF</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie bas débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	3	3	3
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie débit pulsé			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie haut débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	0	0	0
94	1	1	1
95	2	2	2
<b>TOTAL IDF</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

## 2. Prise en charge des enfants Chirurgie des cancers :

Traitement du cancer - Enfants - Chirurgie des cancers			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

## Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer :

Traitement du cancer - Enfants - Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

## Radiothérapie

Traitement du cancer - Enfants - Radiothérapie externe			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Traitement du cancer - Enfants - Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

## Curiethérapie :

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie bas débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie débit pulsé			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Génétique

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

En 2017, l'Île-de-France compte 45 autorisations dont 14 pour la cytogénétique et 31 pour la génétique moléculaire (dont une activité autorisée non mise en œuvre) sur un total de 34 sites dont 17 à l'AP-HP. L'Agence de biomédecine (ABM) recense 73 EUGT (numéro identifiant unique de chaque équipe de laboratoire utilisé par l'ABM et Orphanet) dont 56 à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Toutes les autorisations ont été revues en 2013 pour une durée de 5 ans.

L'offre de soin en Île-de-France est plutôt importante au regard de sa population qui représente 18% de la population française. En effet, 32,7% des laboratoires autorisés sur le territoire national le sont dans la région. L'activité déclarée de ces laboratoires représente 43,0% des caryotypes français et 37,7% des examens de génétique moléculaire. 38,5% des examens réalisés par puces (analyses pangénomiques) et rendus au prescripteur le sont en Île-de-France. La région offre 520 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national.

En 2014, la technique de séquençage à haut débit aussi appelée séquençage de nouvelle génération (NGS) a été utilisée au moins une fois par 28 laboratoires d'Île-de-France (80 laboratoires au niveau national).

Les prélèvements voyageant et la génétique postnatale concernant le plus souvent des maladies rares, l'offre de soins s'analyse plutôt au niveau national qu'au niveau régional. Le plan « Médecine Génomique 2025 » prévoit la mise en place de douze plateformes de séquençage du génome humain à très haut débit sur l'ensemble du territoire, dont une en Île-de-France.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Les priorités pour l'activité de génétique post-natale à des fins médicales sont nationales :

- Accréditation par le Cofrac
- Coordination entre biologiste et clinicien
- Information du patient et/ou de son entourage familial, avant et après l'examen biologique
- Regroupement des laboratoires avec développement d'une activité de recours

#### Indicateurs d'évaluation

- Taux d'accréditation par le Cofrac : 100 % en 2020
- Taux de laboratoires collaborant avec plusieurs Filières de santé labellisées par la DGOS pour les maladies rares<sup>58</sup> : cible 100 %
- Taux de laboratoires organisant des réunions avec les prescripteurs : cible 100 %
- Taux de laboratoires avec une activité de recours (diagnostic proposé par aucun autre laboratoire ou réponse à des besoins nationaux) : année N > N-1

L'objectif est de mutualiser les moyens, qu'ils soient techniques ou humains, en regroupant les activités.

<sup>58</sup> <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-maladies-rares-l-offre-de-soins>



La génétique moléculaire post-natale ne nécessite pas de répartition géographique infra-départementale car les échantillons biologiques des patients peuvent être acheminés du lieu de leur prélèvement jusqu'au site du laboratoire de biologie médicale dûment autorisé pour cette activité pour autant que les conditions de transport en termes de durée et de température soient maîtrisées.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

L'activité d'« Examen des caractéristiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales » est déclinée en 2 modalités :

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou à identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales - Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	3	6
77	0	0	0
78	2	1	2
91	0	0	0
92	2	1	2
93	2	1	2
94	1	1	1
95	1	1	1
<b>Total IDF</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>14</b>

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou à identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales - Génétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé juin 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	13	6	13
77	1	1	1
78	2	1	2
91	1	1	1
92	3	1	3
93	4	2	4
94	4	2	4
95	2	1	2
<b>Total IDF</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

## Hospitalisation à domicile

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE DE FRANCE

- 14 opérateurs d'HAD sont autorisés en Île-de-France. Leur activité varie de 4 à 1 455 patients/jour :
  - opérateurs historiques avec une autorisation régionale assurent 94% de l'activité,
  - 7 opérateurs polyvalents interviennent sur une zone d'intervention limitée,
  - opérateurs sont spécialisés en Médecine Physique et de réadaptation (MPR),
  - 1 opérateur est spécialisé en néonatalogie.
- L'activité régionale représente 20% des patients et des journées de l'HAD en France. 2 639 patients sont actuellement pris en charge chaque jour en Île-de France (13 021 patients/jour en France), avec une augmentation de + 11.2% entre 2013 et 2016.
- En hausse, l'activité est hétérogène sur le territoire régional : une moyenne de 21,9 patients par jour pour 100 000 habitants : 20 dans les Yvelines à 28,3 dans le Val de Marne.

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'objectif de développement régional de l'offre d'HAD s'articule autour de 3 priorités :

#### ➤ Une offre d'hospitalisation à domicile accessible partout

Garantir la possibilité de choisir une hospitalisation à domicile partout sur le territoire, sous réserve de sa faisabilité, nécessite de réduire l'hétérogénéité infra-régionale des recours à l'HAD, de diversifier l'offre de modes de prise en charge et de développer les prescriptions.

Ainsi, pour atteindre l'objectif de taux de recours à l'HAD de 35 patients par jour pour 100 000 habitants fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 :

- l'intégration au sein des CPOM des établissements MCO et SSR d'objectifs de transfert à l'HAD va être poursuivie et précisée au vu du *case mix* des établissements<sup>59</sup>.
- le développement de l'offre est attendu en priorité dans les territoires où le taux de recours est inférieur à la moyenne régionale, en tenant compte de la dynamique de progression des trois dernières années. De nouvelles autorisations ne sauraient être attribuées dans les zones où le taux de recours dépasse la moyenne régionale.

#### Indicateurs d'évaluation

- Taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants - année  $N > N-1$
- 100 % de CPOM d'établissements de santé MCO/SSR dont le *case-mix* s'y prête<sup>3</sup> comportant un objectif de transfert en HAD

Les opérateurs d'HAD doivent avoir un seuil minimal d'activité impliquant à la fois la connaissance spécifique du métier d'HAD et une polyvalence des prises en charge. Cette polyvalence n'est pas contradictoire avec le recours à des expertises médicales, notamment dans les domaines de la réadaptation, la périnatalité, la cancérologie, la cardiologie, la cicatrisation des plaies ou les soins palliatifs, ce qui impose des partenariats privilégiés avec des équipes cliniques spécialisées.

<sup>59</sup> Après publication des travaux de l'ANAP sur l'étude des transferts en HAD à partir du MCO et du SSR, en fonction de leur *case-mix* (éventail des cas traités), décrit par le classement en Groupes homogènes de malades (GHM)

### **Indicateur d'évaluation**

- *Nombre régional de partenariats formalisés entre opérateur d'HAD et équipe spécialisée - année N > N-1*

#### ➤ **Un recours direct à l'HAD**

L'HAD demeure essentiellement un moyen de diminuer les séjours d'hospitalisation conventionnelle. Le virage ambulatoire implique une augmentation des prescriptions directes depuis la ville pour éviter une hospitalisation classique.

Cette évolution se heurte à une problématique de réactivité de l'HAD. Toutes les mesures permettant de réduire les délais d'intervention sont encouragées, en particulier les pré-admissions structurées avec le logiciel d'orientation Via-Trajectoire.

Ce changement de paradigme passe également par une meilleure communication auprès des médecins généralistes, une clarification du périmètre de l'HAD et le développement des interventions en établissements médicaux-sociaux.

### **Indicateurs d'évaluation**

- *Taux de prescriptions directes de séjour en HAD par des médecins non hospitaliers - année N > N-1 (suivi de l'indicateur sous réserve d'une évolution du PMSI)*
- *Taux d'interventions en ESMS - année N > N-1*

#### ➤ **Une HAD coordonnée avec tous les acteurs du maintien à domicile**

Le développement de l'HAD doit se faire en complémentarité et en articulation avec l'offre de ville, afin d'assurer un parcours fluide et cohérent pour le patient dans une perspective de gradation des soins.

Les partenariats avec les professionnels libéraux de territoire doivent être favorisés, dans le cadre de chartes garantissant les enjeux et contraintes de chacun (pour l'HAD : traçabilité ; pour les professionnels libéraux : intégration au projet de soins global). Ces relations privilégiées et organisées doivent permettre de faciliter les relais à l'entrée comme à la sortie d'HAD, pour garantir la pertinence de l'HAD et la continuité des soins à domicile.

### **Indicateur d'évaluation**

- *Taux de séjours en HAD avec document de liaison remis au patient à la sortie - année N > N-1*

## **DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS**

Les prescriptions d'HAD en grande couronne auprès d'opérateurs détenant une autorisation régionale sont souvent faites par les services spécialisés de Paris et sa petite couronne. La présence d'un opérateur local facilite l'appropriation de l'HAD par les acteurs du territoire et notamment les prescriptions directes.

Une implantation disponible dans l'Essonne vise à permettre une éventuelle diversification de l'offre par un opérateur local, afin d'augmenter les prescriptions de proximité par les professionnels de ville ou les interventions en établissement social ou médico-social (ESMS), dans le cadre d'une offre polyvalente et uniquement sur des zones dont le taux de recours à l'HAD serait inférieur à la moyenne régionale, avec prise en compte de la dynamique de progression constatée sur les trois dernières années.

## IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Hospitalisation à domicile						
Partie réglementaire					Partie explicative	
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé Juin 2018  Sièges juridiques <sup>1</sup>	Implantations cibles PRS 2		Recevabilité OUI/NON	HAD intervenant <sup>2</sup>	Taux de recours <sup>3</sup> 2016
		Borne basse	Borne haute			
75	2	2	2	NON	3	20.1
77	5	3	5	NON	8	20.7
78	2	2	2	NON	4	20
91	0	0	1	OUI	3	21.2
92	2	1	2	NON	4	23.4
93	2	1	2	NON	5	21.6
94	0	0	0	NON	3	28.3
95	1	1	1	NON	3	21.1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>1</b>		

**Légende du tableau :**

1- Opérateurs d'HAD autorisés en juin 2018

2- Total des opérateurs d'HAD intervenant dans un département :

\* un opérateur d'HAD n'est pas compté lorsqu'il a réalisé moins de 500 journées dans le département en 2016, sachant que le nombre de journées régional était de 963 175 ;

\* les opérateurs d'HAD ayant cessé leur activité depuis 2015 ne sont pas comptés ;

\* les nouveaux opérateurs d'HAD autorisés en 2016 sont ajoutés.

3- Taux de recours en patients par jour pour 100 000 habitants avec une moyenne régionale à 21.9 en 2016

## Equipements matériels lourds (imagerie)

### L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Malgré d'importants efforts d'amélioration des taux d'équipements régionaux, portés notamment de 13,21 IRM ou 18,16 scanographes par millions d'habitants fin 2012 à 20 IRM ou 20,3 scanographes prévus à la fin du PRS 1, l'offre de radiologie-imagerie médicale francilienne reste fragile, fragmentée et inégalement répartie entre les départements et dans les départements, sachant par ailleurs que certains équipements autorisés ne sont pas encore mis en service.

Ces inégalités reflètent la répartition géographique des autres médecins - demandeurs d'examen radiologiques - et celle des établissements de santé.

Il subsiste également une répartition asymétrique des professionnels de l'imagerie entre les établissements publics de santé et la pratique libérale, avec, par exemple, un taux de vacance statutaire particulièrement important dans les hôpitaux en imagerie médicale, tant pour les postes à temps plein que pour les postes à temps partiel, qui traduit un manque d'attractivité majeur pour la pratique hospitalière.

Ce manque d'attractivité mérite une vraie réflexion et des mesures correctrices adaptées. Il ne s'agit pas que des raisons financières couramment avancées et bien d'autres facteurs peuvent être évoqués : profils de carrière peu évolutifs, contraintes liées à la permanence des soins et baisse des investissements augmentant les délais de renouvellement des équipements, accès à l'IRM et développement des sur-spécialités, « poids de l'administration » etc.

L'âge moyen des radiologues libéraux est de 56 ans. L'installation en libéral connaît de nouveaux formats, les nouvelles générations privilégiant le temps partiel et les groupes organisés ayant déjà un accès à l'imagerie en coupe (EML).

L'évolution des techniques nécessite beaucoup plus de temps médecin pour la lecture et l'interprétation alors que les temps d'acquisition tendent à diminuer. En outre, les médecins radiologues consacrent une partie de leur temps à des tâches médicales : consultations d'annonce, RCP diverses.

En Île-de-France, il existe encore de nombreux petits cabinets de 1 à 3 radiologues qui assurent une radiologie de proximité. Ils participent notamment au dépistage organisé du cancer du sein, plus rarement assuré par les hôpitaux. Ces cabinets ne trouvent pas de successeurs et finissent par fermer. D'autres sont parfois repris au sein de groupes d'imagerie qui s'élargissent. Le coût des équipements en imagerie qui nécessite l'activité de plusieurs radiologues renforce cette tendance restructurante de l'imagerie libérale.

La permanence des soins devient particulièrement problématique dans les structures hospitalières. Elle est davantage assurée dans le secteur public qui dispose de la grande majorité des autorisations de service d'accueil des urgences et plus rarement par les structures libérales.

Des besoins particulièrement aigus sont également à signaler en imagerie pédiatrique sur toute la région et dans tous les secteurs.

De même, le vieillissement de la population, ainsi que les progrès en cancérologie, concourent à augmenter les besoins en imagerie sous l'effet combiné de l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et des polyopathologies.

L'organisation de l'imagerie interventionnelle dont l'encadrement juridique va changer à court terme, pose aussi des problèmes de ressources humaines, organisationnelles et financières, ainsi qu'en équipements dédiés, s'agissant notamment des actes de types III.

L'imagerie est une activité qui intervient souvent à plusieurs étapes du parcours de soins. Les actes sont beaucoup plus souvent réalisés en ambulatoire qu'en hospitalisation, ce qui pose le problème de l'accès aux dossiers médicaux, imagerie comprise, et de l'échange des données qui améliorent la pertinence des actes d'imagerie et leur prise en compte.

Ce développement des besoins en imagerie se fait en échographie et en imagerie en coupes : dans la plupart des pays de l'OCDE<sup>60</sup>, la scanographie et la remnographie suivent une progression constante de leur intérêt clinique et de leur utilisation en routine, de plus en plus souvent en premier et second recours avec une organisation interne des équipes de plus en plus souvent par pôle de compétence d'organe. Cette tendance à l'hyperspécialisation majore les conséquences de la pénurie, avec des praticiens de moins en moins polyvalents, ce qui ne facilite pas l'organisation de la PDSSES, notamment dans les hôpitaux généraux.

Le progrès technologique, important, ainsi que les préoccupations croissantes de radioprotection incitent à privilégier, lorsque c'est pertinent, l'imagerie non irradiante (échographie et surtout IRM) en essayant de limiter la radiologie mais aussi les scanners malgré les nouvelles technologies qui visent à diminuer les doses.

L'extension des coopérations entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers est une des voies possibles, mais pas la seule. Un premier plateau d'imagerie médicale mutualisée (PIMM) a récemment été autorisé dans le sud Seine et Marne. Il est en cours de mise en œuvre.

En médecine nucléaire, les progrès technologiques permettent d'effectuer plus rapidement qu'autrefois, et avec des doses d'activité isotopique réduites, les examens sur les appareils de tomoscintigraphie par émission monophotonique (TEMP ou en anglais SPECT, Single photon emission computed tomography), de sorte que de nombreuses structures ne souhaitent plus nécessairement augmenter leur parc d'appareils.

En revanche, il persiste une progression importante des besoins d'examens par tomographie par émission de positons (TEP, ou en anglais PET, positron emission tomography) majoritairement couplés à un scanner à rayons X (TEP-CT ou PET-Scan), ou aussi couplés à un imageur par résonance magnétique (TEP-IRM ou PET-MR). Cette dernière technologie mixte n'ayant pas encore reçu de tarification, elle reste nécessairement encore du domaine expérimental, pour permettre son évaluation clinique et médico-économique. Pour ce type d'imagerie couplée, l'association des équipes entre médecins radiologues et médecins nucléaires est souhaitable. L'existence préalable d'équipement de médecine nucléaire n'est plus forcément justifiée pour implanter un TEP.

Pour les cyclotrons à usage médical, l'offre actuelle, qui répond aux besoins régionaux et extrarégionaux paraît actuellement suffisante.

Pour les caissons d'oxygénothérapie hyperbare (OHB), une réduction significative de l'offre régionale s'est produite ces dernières décennies, avec la suppression d'un équipement qui était implanté sur le site d'un hôpital des Armées et la cessation d'utilisation du caisson mobile des sapeurs-pompiers de Paris. Il ne subsiste actuellement qu'une seule installation monochambre en Île-de-France (installation ancienne dans les Hauts de Seine). Ce type d'équipement à vocation régionale doit être implanté dans des établissements aisément accessibles par voie routière et aérienne (hélicoptère), et disposant notamment d'une réanimation adulte et pédiatrique et de capacités mobiles d'urgence et de réanimation.

<sup>60</sup> Panorama de la santé 2017, les indicateurs de l'OCDE, Chapitre 9, Technologies médicales, p.176 et suivantes.

En juin 2018, le parc autorisé francilien est le suivant :

Autorisations juin 2018	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites
	232	157	234	178	9	9	37	30	84	42	1	1	1	1
Evolution (2013-2018)	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites
	↗ 76	↗ 30	↗ 22	↗ 9	↗ 5	↗ 5	↗ 11	↗ 5	↘ 5	↗ 1	(=)	(=)	(=)	(=)

### OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Une révision du cadre juridique est engagée par la Direction générale de l'offre de soins, dans l'objectif de remplacer l'actuel régime d'autorisations des équipements médicaux lourds par des autorisations d'activités d'imagerie interventionnelle et non interventionnelle. Cette réforme annoncée devrait conduire à une révision du SRS à mi-parcours de la période d'application du PRS2 (fin 2019 - début 2020). Les objectifs quantifiés et qualitatifs pour l'imagerie ont ainsi été établis sur la base du droit positif actuel.

#### ➤ corriger les déséquilibres de l'offre de soins en imagerie

Dans chaque territoire, il faut tenir compte d'un enjeu prioritaire de pertinence des actes en Imagerie, qui pourrait se traduire ainsi : la bonne indication d'imagerie, la bonne technologie d'emblée, dans le bon délai, le moins loin possible du patient, en garantissant une accessibilité tarifaire pour tous.

Dans le cadre des actions à mettre en œuvre en vue de la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, il convient d'assurer à chaque Francilien un accès équitable, proche de ses lieux de vie (résidence, travail...) à une offre d'imagerie quantitativement et qualitativement suffisante mais aussi pertinente. Cet objectif prioritaire englobe l'amélioration de l'accessibilité aux soins, dans les territoires, à prendre en compte dans toutes ses dimensions :

- géographique et pratique (distance et temps d'accès à la technologie pour les patients, facilités d'accès et de stationnement, dépose et reprise des personnes à mobilité réduite ou handicapées...),
- temporelle, avec une amplitude d'ouverture annuelle, hebdomadaire et journalière, correspondant aux besoins des patients et à la continuité ou à la permanence des soins,
- tarifaire, avec des engagements concrets sur la proposition d'actes qui seront assurés aux tarifs conventionnels,
- qualitative ;

Au sein des territoires, les nouveaux besoins et projets locaux émergent dans des zones particulièrement bien dotées seront couverts par redistribution d'autorisations d'équipements existants ou, le cas échéant, non renouvelés.

#### ➤ constituer ou consolider des équipes territoriales de radiologie

Au sein des territoires, il y a lieu d'accompagner et de renforcer les offres d'imagerie déjà organisées par regroupement et/ou réorganisation quels que soient leurs statuts, public (projets médicaux partagés des GHT), libéral, privé à but non lucratif.

La constitution ou le renforcement de ces groupes territoriaux ayant déjà un accès complet et diversifiés sera privilégié sur la création de nouvelles implantations géographiques à l'exception des situations exposées ci-dessous :

- demandes portant sur des localisations nettement déficitaires et/ou des besoins prioritaires (gériatrie, oncologie, pédiatrie) ;
- création ou accompagnement d'une nouvelle offre regroupée d'imagerie sur des sites ne comportant, pour la radiologie, qu'une offre incomplète et/ou insuffisante de scanner ou d'IRM, et pour la médecine nucléaire, qu'une offre de TEMP ou de TEP.
- extension du territoire d'imagerie couvert par un groupement d'imagerie déjà constitué, permettant une meilleure accessibilité de proximité, sous couvert d'une organisation médicale optimisée (équipe médicale suffisante et projet médical adapté) ;
- constitution d'une nouvelle offre regroupée territoriale. Les projets de collaboration entre professionnels médicaux compétents en imagerie pourront ainsi conduire à la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale (PIMM, prévus par l'article L.6122-15 du CSP) ou à de nouvelles organisations radiologiques autour de projets d'imagerie médicale et de plateaux territoriaux partagés.

Il convient toutefois de veiller à ce que cet objectif de renforcement des plateaux d'imagerie n'aboutisse pas :

- à la concentration excessive sur un même lieu d'un trop grand nombre d'équipements avec pour effet de majorer ou de pérenniser les déséquilibres de la répartition régionale ou départementale de l'offre radiologique et des EML. Ainsi, une appréciation au cas par cas des dossiers permettra d'identifier :
  - les demandes prioritaires émanant soit d'établissements de santé pour des équipements nécessaires à la prise en charge des patients de l'établissement (hospitalisés et consultants externes), soit d'équipes radiologiques uniques regroupées sur une vaste zone géographique qui nécessitent de compléter ou de diversifier leurs équipements, compte tenu de critères démographiques ou d'accessibilité géographique ou d'une offre d'imagerie prioritaire (gériatrie, oncologie, pédiatrie) insuffisante ;
  - les demandes spécifiques comme celles relatives à des activités de radiologie interventionnelle notamment sous scanner (exclusives ou non).
- à l'instauration d'une situation qui compromettrait l'accès à ces techniques à d'autres établissements ou d'autres équipes radiologiques du voisinage. Pour limiter ce risque, l'Agence encourage, à l'occasion de demandes d'équipements supplémentaires visant à compléter ou conforter un plateau existant, l'extension des coopérations avec d'autres équipes distinctes de celles qui utilisent déjà ces équipements, pour partager un projet médical global impliquant une répartition équitable des rôles de chacun sur le territoire et des conditions d'utilisation des appareils et des installations en veillant à respecter des modalités de gouvernance partagées et équitables, garantissant et organisant notamment la continuité et, s'il y a lieu, la permanence des soins.

#### ➤ **Soutenir des projets médicaux de qualité,**

Le troisième objectif qualitatif est l'accompagnement de projets médicaux en imagerie. Ils devront être robustes, bien construits, cohérents avec les enjeux d'accès à une imagerie pertinente et organisée sur tout le territoire et, s'il y a lieu, avec le projet médical des établissements concernés dans lequel ils s'inscrivent. Ils devront être promus par une équipe organisée qualitativement et quantitativement suffisante partageant les dossiers patients et leurs images. Ils devront tenir compte de « l'état de l'art » et des recommandations de bonnes pratiques.



Cela implique:

- La prise en compte de quelques priorités en matière d'imagerie : les sites d'urgences réalisant plus de 40 000 passages annuels, les activités médicales et chirurgicales objectivement dépendantes d'une imagerie par EML : imagerie pédiatrique, neurovasculaire, cancérologique, en transplantation... sous condition d'un projet médical et d'une équipe radiologique suffisante.
- Une logique territoriale adaptée aux besoins et aux compétences en imagerie ;
- Une articulation avec les filières et les trajectoires des patients, pour des pathologies ou groupes de pathologies données, en lien avec tous les professionnels de santé spécialisés concernés, notamment par la participation des radiologues aux réunions de concertations pluridisciplinaires. Cette articulation doit permettre au promoteur de quantifier et de caractériser dans sa demande le besoin local, filière par filière, les procédures spécifiques de prise en charge et les recommandations de bonnes pratiques ( guide du bon usage des examens d'imagerie), les modalités de programmation selon l'organisation et des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge de ces patients.
- Les projets devront fournir les éléments d'appréciation des méthodes et des indicateurs mis en place pour objectiver ces efforts et permettre de les évaluer. Il est attendu que les acteurs proposent des délais efficaces et crédibles de mise en œuvre.

➤ **Garantir la qualité, la sécurité, l'efficacité et la pertinence des soins proposés**

Les projets devront fournir les éléments d'appréciation des méthodes et des indicateurs mis en place pour objectiver les efforts permanents dans ces différentes dimensions qualitatives et permettre de les évaluer dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.

➤ **Garantir le partage de l'image et la communication**

Les équipes doivent pouvoir échanger entre elles les données administratives, cliniques et d'imagerie des patients pour mutualiser les compétences, accéder rapidement aux antécédents ( compte rendus et images) et permettre les usages de la téléradiologie.

➤ **L'organisation et la place de la téléradiologie**

La télémédecine et la téléradiologie sont des solutions partielles qui viennent s'insérer entre développements technologiques et évolutions sociétales. Elles nécessitent cependant des moyens techniques, de qualité suffisante et des moyens humains car l'interprétation nécessite du temps médecin.

Il s'agit de permettre le recours à la télémédecine entre les acteurs d'un groupe d'imagerie ou pour assurer une imagerie de qualité dans des sites du territoire qui ne pourraient disposer d'une équipe de radiologues en continu sur place. Il convient de privilégier ce dernier recours dans le cadre du territoire et de respecter la charte de téléradiologie comme le cahier des charges établis par le G4 et le CNOM (G4/CNOM).

Concernant la permanence des soins, point dont on a décrit les difficultés d'organisation et parfois de compétence, une réflexion avec les différents acteurs de terrain, pourrait être initiée, pour créer une organisation régionale et/ou territoriale utilisant la téléradiologie, permettant de développer une télé-expertise, voire une mutualisation.

➤ **Prendre en compte l'innovation, organisationnelle ou technologique, l'enseignement des internes et les besoins de la recherche**

Des expérimentations pourront se justifier dans ce cadre. Elles devront être positivement évaluées avant une généralisation.

### IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les objectifs quantifiés retenus pour la période d'application du SRS seront progressivement atteints par étapes, pour accompagner le développement des besoins prévus, et en veillant notamment à permettre aux équipements nouvellement autorisés de s'installer et de prendre leur rythme de croisière avant de considérer qu'un besoin local nécessite des appareillages supplémentaires.

#### Imageurs par résonance magnétique:

EML - Imageurs par résonance magnétique (IRM)						
Zones de répartition EML = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	78	78	85	48	48	51
77	19	19	25	15	15	18
78	22	22	26	16	16	19
91	16	16	20	11	11	13
92	27	27	32	21	21	25
93	25	25	29	16	16	18
94	24	25	31	16	16	19
95	20	20	23	14	14	15
<b>TOTAL IDF</b>	<b>231</b>	<b>232</b>	<b>271</b>	<b>157</b>	<b>157</b>	<b>178</b>

#### Scanographe:

EML - Scanners (TDM) et scanners interventionnels ( )						
Zones de répartition EML = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	66 (5)	66 (5)	74 (8)	48	48	52
77	21	21	25	18	18	20
78	25	25	29	19	19	22
91	19	19	23	17	17	19
92	32 (1)	32 (1)	36 (2)	26	26	29
93	26 (1)	26 (1)	29 (1)	19	19	21
94	25 (2)	25 (2)	31 (3)	17	17	21
95	20 (0)	20 (0)	25 (1)	14	14	17
<b>TOTAL IDF</b>	<b>234 (9)</b>	<b>234(9)</b>	<b>272 (15)</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>201</b>

Figurent entre ( ) les scanners interventionnels (9 scanners autorisés en juin 2018 non comptabilisés dans les 234 TDM IDF)

**Médecine nucléaire:**

EML - Tomographes par émission de positons (TEP-CT)						
Zones de répartition EML = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	11	11	13	7	7	8
77	3	3	4	3	3	3
78	3	3	4	3	3	4
91	2	2	4	2	2	3
92	6	6	6	6	6	6
93	4	4	7	3	3	5
94	4	4	6	3	3	4
95	4	4	5	3	3	3
<b>TOTAL IDF</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>49</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>36</b>

EML - Gamma caméras (Gcam)						
Zones de répartition EML = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	24	24	24	11	11	11
77	6	6	6	3	3	3
78	6	6	7	4	4	5
91	5	5	6	3	3	3
92	16	16	17	8	8	8
93	12	12	12	6	6	6
94	8	8	8	4	4	4
95	7	7	7	3	3	3
<b>TOTAL IDF</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>87</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>43</b>

**Cyclotron:**

EML - Cyclotron à usage médical						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareil autorisé juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantation autorisée juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	0
78	0	0	0	0	0	0
91	1	1	1	1	1	1
92	0	0	0	0	0	0
93	0	0	0	0	0	0
94	0	0	0	0	0	0
95	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Caisson hyperbare:**

EML - Caissons d'oxygénothérapie hyperbare (OHB)						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS		
	Existant Appareils autorisés juin 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées juin 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	0
78	0	0	0	0	0	0
91	0	0	0	0	0	0
92	1	1	1	1	1	1
93	0	0	0	0	0	0
94	0	0	0	0	0	0
95	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL IDF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Schéma cible- permanence des soins des établissements de santé (PDSES)

La sécurité et la qualité du parcours des patients sont des objectifs majeurs que l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France (IDF) s'est fixé. Pouvoir garantir à chaque Francilien une bonne prise en charge en urgence au bon endroit et aux horaires les plus avancés de la nuit, des weekends et des jours fériés, a été l'un des premiers travaux engagés par l'ARS Île de France depuis sa création.

### 1.1 Présentation de la démarche

#### 1.1.1 Définition

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) 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 18h30 ou 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h30 du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Il est à noter que la continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés, est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

#### 1.1.2 Cadre juridique Article L. 6111-1-3

Aux termes de l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1.

Le présent volet du SRS présente l'état des lieux à la date de publication des établissements assurant la PDSES par activité médicale et modalité d'organisation et fixe, en fonction de besoins de la population, des objectifs de réorganisation de la prise en charge des patients au sein des établissements de santé de la région, aux horaires de permanence des soins.

Les optimisations de la PDSES présentées dans le présent schéma régional, guidées par des besoins de rationalisation des moyens humains, une adaptation aux contraintes financières, et la nécessité d'atteindre des volumes d'activité garants de la qualité des soins, n'impactent pas les autorisations d'activité d'urgence, de chirurgie, ou de soins critiques.

La zone opposable de référence pour la fixation des implantations est le département. Toutefois pour certaines activités de PDSES, la couverture du besoin pourra être évaluée à l'échelle de la région (comme c'est déjà le cas pour la PDSES de recours de neurochirurgie, la neuroradiologie interventionnelle ou l'infectiologie,...).

#### 1.1.3 Eligibilité et périmètre

L'établissement éligible au titre de la PDSES est par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. A l'inverse, la non éligibilité au titre de la PDSES n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.

La PDSSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des établissements, quel que soit leur statut, et englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Les ex hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSSES.

Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe, de traitement des grands brûlés et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet de modalités spécifiques de financement de lignes de gardes et d'astreintes.

Les spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins (annexe I guide méthodologique) :

- Traitement du cancer.
- Soins de suite et de réadaptation.
- Rééducation et réadaptation fonctionnelles.
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal.
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

## 1.2 Diagnostic

Depuis 2011, une méthodologie de réorganisation de la permanence des soins standardisée, basée sur la concertation, a été mise en place par l'ARS Île de France. Cette démarche qualitative a conduit à la reconnaissance de la mission de PDSSES pour des établissements disposant d'un plateau technique et du personnel nécessaire définis par un cahier des charges partagé par les professionnels.

Les spécialités pour lesquelles un diagnostic régional est porté, sont celles qui ont fait l'objet d'un tel schéma régional. Pour ces spécialités, des cibles régionales seront définies précisément par territoire. Pour les autres, seules des orientations régionales seront présentées.

Ainsi, 14 spécialités ont été réorganisées dans le cadre d'un schéma régional, pour l'essentiel chirurgicales :

- 2011 – 2012 : chirurgie orthopédique et viscérale
- 2012 – 2013 : chirurgies dites de spécialités (urologie / chirurgie vasculaire / chirurgie pédiatrique / ORL / Ophtalmologie / SOS Main / odontologie)
- 2013 – 2014 : Neurochirurgie / NRI / neuro-réanimation et prise en charge des traumatisés graves
- 2015 – 2016 : endoscopies digestives, mise en place d'une astreinte régionale de conseil en infectiologie, et neuroradiologie interventionnelle pour thrombectomie dans le cadre de la prise en charge des AVC

Pour les spécialités dont la réorganisation est la plus récente, il ne sera pas proposé de changement dans le cadre du présent schéma régional, en l'absence de données d'évaluation suffisantes.

Pour les autres spécialités, les besoins de permanence des soins en Île-de-France sont couverts pour les périodes de PDES sur l'ensemble de la région. Néanmoins, pour certains territoires, le dispositif de gardes et d'astreintes en place paraît être insuffisant et pourra être aménagé dans le cadre d'une réflexion menée par le groupe de travail régional, sur la base de l'évaluation des dispositifs en place.

### 1.2.1 Méthodologie

#### 1.2.1.1 Approche régionale

L'ARS a fait le choix de constituer un groupe de travail représentatif sur le sujet, un comité de pilotage régional (COPIL) PDES, organe régional de concertation rassemblant pour l'Île-de-France les fédérations hospitalières régionales, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), la collégiale des urgences SAMU-SMUR, la conférence de présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME) des établissements publics et privés ainsi que le Service de santé des armées.

Dans le cadre du pilotage régional de la PDES, l'ARS Île de France a produit les résultats de trois enquêtes déclaratives visant à diagnostiquer le mode d'organisation et l'activité des établissements de santé au titre de la PDES :

- Une de ces enquêtes, annuelle, établit pour chaque établissement la liste des lignes de permanence des soins.
- Une autre, qui est un registre d'activité sur la plateforme en ligne « PDES\_SA » mis en place en 2014, décrit l'activité chirurgicale aux horaires de la PDES, en nombre d'interventions réalisées par mois, par spécialité et par tranche horaire (1<sup>ère</sup> partie de nuit de 18h30 à 22h30, nuit profonde de 22h30 à 8h30, et les weekends, soit samedi après-midi et dimanche en journée).
- La troisième est le registre des refus et fonctionnements non conformes, hébergé par le Registre Opérationnel des Ressources, qui permet de déclarer les patients refusés par un établissement reconnu contractuellement pour une mission de PDES.

Dans ce contexte, et sans attendre la publication du PRS 2, des propositions de réorganisation ont été présentées aux représentants franciliens de l'hospitalisation et soumises à concertation, notamment dès mars 2015 pour les spécialités de chirurgie orthopédique et viscérale. Certaines, par exemple dans le cadre des travaux de réorganisations de la PDES au sein des GHT, sont d'ores et déjà effectives.

Des groupes de travail thématiques sont également mis en place au niveau régional dans le cadre de réorganisations souhaitables pour la région (par exemple, pour la prise en charge des traumatisés graves adultes).

#### 1.2.1.2 Approche territoriale

L'ensemble de ces travaux a été croisé avec une démarche territoriale lancée en février 2011 par l'organisation régulière de réunions départementales, bi annuelles puis annuelles, rassemblant les représentants départementaux des membres du comité de pilotage régional PDES.

### 1.2.2 Etat des lieux

Suite aux travaux de réorganisation de la PDES menés par l'ARS Île de France, une diminution de 20% du nombre de lignes de permanence des soins, gardes et astreintes, a été effectuée depuis 2010 (de 1425 à 1108 lignes pour l'ensemble de la région et pour l'ensemble des spécialités), tout en garantissant la qualité et la sécurité aux horaires de la PDES.

Les implantations existantes à la date d'écriture de ce PRS pour les spécialités chirurgicales ayant fait l'objet d'un schéma régional sont figurées dans le tableau ci-dessous :

Spécialité	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	
	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	
Chirurgie viscérale	1ère partie de nuit	3	5	3	2	5	6,5	4	1,5	30
	nuit profonde	7	2	4	3,5	4,5	3	4	3	31
	weekend	10	9	10	8	10	11	9	6	73
Chirurgie orthopédique	1ère partie de nuit	1	5	4	3	2	6,5	3	1,5	26
	nuit profonde	7	2	3	2,5	4,5	3	4	3	29
	weekend	8	9	10	8	8	11	8	6	68
SOS mains	1ère partie de nuit					1			1	2
	nuit profonde	1		1	1			1		4
	weekend	1		1	1	1		1	1	6
Chirurgie pédiatrique	1ère partie de nuit					1	1	1	1	4
	nuit profonde	3					1	3		7
	weekend	3				1	2	4	1	11
Chirurgie urologique	1ère partie de nuit		1	0			1	1	3	6
	nuit profonde	3	1	1	1	2	1	1	1	11
	weekend	3	2	1	1	2	3	2	4	18
Chirurgie vasculaire	1ère partie de nuit								2	2
	nuit profonde	4	1	1	1	2	1	1	1	12
	weekend	4	1	1	1	2	1	1	3	14
Chirurgie ophtalmologique	1ère partie de nuit		1							1
	nuit profonde	3		1				1		5
	weekend	3	1	1				1		6
Chirurgie ORL	1ère partie de nuit			1	1		1			3
	nuit profonde	1	1	1	1				1	5
	weekend	1	1	2	3		1		1	9
Chirurgie odontologique	1ère partie de nuit								1	1
	nuit profonde	1			1			1		3
	weekend	1								1

Tableau 1. Implantations de PDES par spécialités et par territoire (les chiffres exprimés en ½ correspondent à des sites localisés dans 2 départements différents et ayant mutualisé leurs lignes de PDES)



### 1.2.3 Analyse de l'activité

Les données d'activité chirurgicale des établissements reconnus pour assurer la PDES au 31 décembre 2016 pour les spécialités chirurgicales ayant fait l'objet d'un schéma régional figurent dans le tableau ci-dessous :

Spécialité	Nombre d'établissements		Activité régionale moyenne*		
	1 <sup>ère</sup> partie de nuit	1 <sup>ère</sup> partie et nuit profonde	1 <sup>ère</sup> partie de nuit (par nuit)	Nuit profonde (par nuit)	Weekend (par weekend)
Chirurgie orthopédique	41	30	21,4	8,3	112
Chirurgie viscérale	41	31	21,9	15,7	65,4
SOS mains	2	4	8	1,2	50
Chirurgie pédiatrique	4	7	4,2	2,2	18,5
Chirurgie urologique	7	11	4	2,5	11,3
Chirurgie vasculaire	2	12	2	1	9,2
Chirurgie ophtalmologique	2	5	1,75	0,9	7,8
Chirurgie ORL	4	5	0,6	0,5	0,8

\* : données issues des sites répondeurs, période 2012-2016

*Tableau 2. Activité chirurgicale des sites par spécialités au sein de la région Île de France*

#### 1.2.4 Etat des lieux partagé

Plusieurs constats se dégagent de l'état des lieux partagé :

- **La réorganisation de la PDSSES mise en place en 2012 a permis de clarifier l'offre de PDSSES chirurgicale (lisibilité, sécurité) :** cette réorganisation des disciplines chirurgicales fonctionne : l'évaluation subjective des régulations médicales et des médecins urgentistes est en effet positive (lisibilité de l'offre et facilité de « placer » les patients). Par ailleurs, la réorganisation n'a pas modifié l'attractivité des établissements en terme d'activité chirurgicale et de flux de passages aux SAU (réf. : Rapport PDSSES orthopédie et viscéral juillet 2014, ARSIF) ;
- Compte tenu des données d'activité déclarées, et pour une juste utilisation de la ressource, **il faut adapter l'offre de PDSSES chirurgicale aux besoins en diminuant globalement le nombre de lignes de permanence des soins ;**

- **L'évaluation des dispositifs de PDSSES mis en place doit être pérennisée et renforcée :** le taux de remplissage des données d'activité est améliorable, mais surtout l'attention de l'ARS doit se porter sur le faible taux de déclaration des refus, et le manque de régularité du suivi des refus déclarés ;

- La réflexion sur l'évolution de ces dispositifs doit intégrer le fait que 32% des refus sont liés à l'absence de places d'hospitalisation, alors que dans le même temps le nombre de lits de MCO tend à diminuer (en raison notamment du virage ambulatoire) ;

- Pour une même activité de soins, les modalités organisationnelles de la PDSSES sont différentes entre établissements distincts. Une clarification doit être apportée, conformément au décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 ;

- Les lignes de gardes et d'astreintes sont fortement concentrées sur le centre de la région, permettant globalement la couverture de l'ensemble des spécialités ; par contre des carences persistent sur certaines spécialités comme par exemple la chirurgie pédiatrique ;

En fonction des différentes plages de PDSSES (nuit, week-end et jours fériés) et même au sein d'une même plage (cas de la nuit avant minuit et après minuit), les besoins peuvent varier de façon importante, nécessitant une organisation adaptée. Ainsi **l'activité de weekend sera désormais à distinguer de l'activité de nuit profonde**. Le maintien d'une plage horaire de 1<sup>ère</sup> partie de nuit, pour tout ou partie des spécialités, en tant que tel fera l'objet d'une réflexion dans le cadre du groupe de travail à échéance du PRS ;

- Les permanences de soins sont peu mutualisées entre établissements d'un même territoire au regard des données d'activité déclarées. pour une juste utilisation de la ressource, cette ressource médicale mobilisée pour peu ou pas d'activité la nuit devrait être plus efficacement utilisée le jour dans les mêmes établissements ou devrait être utilisée pour travailler dans des établissements ciblés où les effectifs sont réduits. C'est l'activité programmée – et ainsi les patients pris en charge en dehors des urgences – qui subit les conséquences de cette utilisation inadéquate des ressources médicales. **Ainsi, il est souhaitable d'organiser la mutualisation des lignes de permanences de soins entre établissements d'un même territoire ;**

- Enfin, il convient d'évaluer des projets innovants sur certaines activités pouvant avoir une influence en termes d'efficience globale et de fluidité de la filière de soins ; c'est le cas notamment de la télé-imagerie pour la PDSSES en imagerie médicale.

### 1.3 Objectifs

#### 1.3.1 Enjeux

Comme l'a indiqué le diagnostic, il existe des opportunités d'optimisation des gardes et astreintes donc de l'utilisation des plateaux techniques permettant de sécuriser la prise en charge des patients tout en anticipant les contraintes de la démographie médicale.

Les trois principaux enjeux de ce schéma résident ainsi dans la volonté :

- D'améliorer la qualité et la sécurité des soins :
  - sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge et d'orientation ;
  - réduire les délais d'attente pour l'orientation en aval des structures urgences ;
  - assurer une meilleure lisibilité des filières de prise en charge ;
  - articuler cette prise en charge avec l'organisation du premier recours existante.
- D'améliorer l'efficience et la bonne utilisation des ressources humaines notamment médicales :
  - optimiser l'utilisation de la ressource humaine et offrir des conditions de travail acceptables pour le personnel médical assurant des gardes et astreintes ainsi que pour le personnel non médical, tant du domaine public que du domaine privé ;
  - prendre en compte l'ensemble de la filière de prise en en charge ;
  - faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics ;
  - éliminer les doublons sur une même activité ;
  - évaluer rigoureusement ce dispositif permettant des adaptations progressives.
- De garantir l'accessibilité des parcours de santé :
  - optimiser l'organisation de la PDSES dans les territoires permettant au patient d'être pris en charge au bon endroit ;
  - assurer une offre à des tarifs opposables et sans reste à charge pour le patient ;
  - assurer une bonne information des usagers et des professionnels dans cette réorganisation.

#### 1.3.2 Principes de mise en œuvre des objectifs

Les principes du présent schéma cible PDSES sont les suivants :

##### 1.3.2.1 Définir des réseaux d'établissements selon le principe de gradation des soins

Chaque spécialité induit un volume très spécifique d'activités pendant les nuits, les fins de semaine et les jours fériés. Il faut donc ajuster dans chaque territoire le nombre de permanences retenues en fonction du volume d'activité généré et assurer un parcours lisible, efficient afin de concentrer les moyens devenus rares sur quelques sites, disposant de l'ensemble des équipes nécessaires à la prise en charge.

Concernant les chirurgies orthopédique et viscérale, une offre graduée de soins doit être maintenue entre des établissements de première partie de nuit et des établissements assurant la nuit profonde. Cette gradation peut intégrer une offre de PDSES complémentaire le weekend et les modalités organisationnelles sont à définir dans le cadre du présent PRS.

Concernant les autres spécialités chirurgicales, l'offre de PDSES devra au terme de ce schéma, être organisée à l'échelle régionale, en différenciant des établissements spécialisés au niveau territorial, centres de proximité, et des établissements de référence, recours régionaux, comme c'est le cas de la chirurgie pédiatrique ou la chirurgie ORL. Les modalités organisationnelles (1<sup>ère</sup> partie de nuit ou nuit profonde, astreinte ou garde,...) des centres de proximité seront alors à définir. Ce travail devra être mené par le groupe régional dans le cadre de ce PRS.

Concernant les activités réglementées, la biologie, l'imagerie et autres spécialités médico-techniques, le réseau gradué d'établissements sera établi en fonction de la mise en œuvre du SRS afférent.

L'identification des sites de PDSES par établissement et par spécialité se fera dans les conditions décrites par le décret n° 2016-1645 du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

#### **1.3.2.2 Favoriser la constitution d'équipes médicales de territoire**

La constitution des équipes médicales de territoire est une priorité régionale, afin de mutualiser les moyens mis à la disposition de la PDSES et de supprimer les doublons le cas échéant. Une ligne de permanence des soins peut ainsi être portée par des praticiens issus de différents établissements. Des coopérations de cette nature se mettent en place dans le cadre de la constitution des GHT, mais des coopérations entre établissements de statuts différents sont également encouragées au sein d'un même territoire.

Ces « équipes territoriales de permanence des soins » peuvent prendre plusieurs formes : alternance des sites (ce qui peut impliquer un adressage adapté ou un transfert des patients) ou mobilité des praticiens vers l'établissement accueillant le patient (comme cela existe pour l'endoscopie digestive).

Temps partagé d'assistant et/ou de praticien, prime multi-sites, postes à recrutement prioritaire, postes de cliniciens hospitaliers, fédération médicale inter-hospitalière, sont autant de leviers pour la constitution de ces équipes.

#### **1.3.2.3 Respecter les engagements de prise en charge**

Pour les spécialités faisant l'objet d'un schéma d'organisation régionale, sept engagements contractuels sont décrits dans les cahiers des charges :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES ;
- Mettre en place un coordinateur PDSES pour l'établissement ;
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSES ;
- S'engager au « zéro refus » ;
- Favoriser le retour des patients vers les établissements d'origine ;
- S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif ;
- Garantir l'accessibilité aux soins.

Deux de ces engagements contraignants sont particulièrement essentiels au dispositif. Il s'agit de la mise en place d'un coordinateur PDSES, interlocuteur unique de l'établissement aux horaires de PDSES, et de l'engagement au « zéro refus ». C'est sur ce dernier principe que repose l'ensemble de l'efficacité du dispositif et c'est à cette condition qu'il sera possible d'améliorer sensiblement la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Le registre des refus, tel qu'il est mis en place, doit garantir au quotidien le respect de ce principe. La crédibilité et la sécurité du dispositif mis en place pour les horaires de PDSES dépend de la façon dont sont respectés les engagements contractuels précédemment décrits par l'ensemble des établissements.

### 1.3.3 Conditions d'implantation de la pdses en Île-de-France

Les orientations régionales pour les spécialités disposant de permanence des soins sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Spécialités	Orientations régionales
<b>Anesthésie adulte</b>	Chaque site disposant d'au moins une PDSES identifiée en chirurgie ou en obstétrique doit disposer d'une PDSES d'anesthésie. La présence reconnue dans le schéma cible d'une PDSES pour une activité supérieure à 2000 accouchements par an (ou d'une maternité de type 3) et d'une PDSES chirurgicale justifie la présence d'une garde dédiée à la maternité. Une garde supplémentaire peut être justifiée au-delà de 4000 accouchements par an.
<b>Anesthésie pédiatrique</b>	Chaque site disposant d'une PDSES en chirurgie infantile doit disposer d'une PDSES d'anesthésie pédiatrique.
<b>Réanimation adultes</b>	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-31 CSP).
<b>Réanimation néonatale</b>	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-61 CSP).
<b>Réanimation pédiatriques</b>	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-34 CSP).
<b>Dermatologie</b>	Il n'est pas retenu de nécessité de permanence dans cette spécialité.
<b>Cardiologie interventionnelle</b>	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-181 CSP).
<b>Radiologie interventionnelle</b>	Cette activité peut être identifiée sur les sites de référence régionaux. Un appel à candidature est en cours.
<b>Néphrologie</b>	Les urgences sont le plus souvent prises en charge en réanimation; une PDSES peut être retenue sur un territoire, sur les structures disposant d'une USI néphrologique*.

<b>Neurologie</b>	La PDSSES doit être identifiée sur les structures disposant d'une unité neurovasculaire. Une garde doit être retenue pour les UNV- Soins intensifs*.
<b>Gastro entérologie et hépatologie</b>	Chaque territoire doit pouvoir disposer d'un accès à une PDSSES pour les urgences endoscopiques; une PDS doit être maintenue sur les sites à condition qu'il existe une équipe suffisante pour assurer la pérennité de la prise en charge tout au long de l'année. L'évaluation ultérieure permettra de faire évoluer le dispositif si nécessaire en fonction des données d'activité.
<b>Médecine générale</b>	Ces lignes relèvent de la continuité des soins.
<b>Pneumologie</b>	Les recours imposant l'intervention d'un pneumologue sont rares et les urgences habituellement prises en charge en réanimation. Une PDSSES peut être identifiée sur les sites de référence disposant d'une USI pneumologique*.
<b>Hématologie</b>	Une PDSSES peut être identifiée sur les sites de référence disposant d'une USI hématologique*.
<b>Pédiatrie</b>	La PDSSES est définie réglementairement sur les sites de maternité (Article D. 6124-44 CSP); une ligne supplémentaire de pédiatrie peut être identifiée pour les maternités les plus importantes. La présence de sur spécialités pédiatriques dans les centres de référence doit être maintenue.
<b>Gynécologie obstétrique</b>	La PDSSES est définie réglementairement en fonction du volume d'accouchements (Article D. 6124-44 CSP) ; une ligne supplémentaire de chirurgie spécialisée peut être identifiée pour les maternités les plus importantes.
<b>Chirurgie infantile</b>	Une PDSSES doit être identifiée dans les unités spécialisées.
<b>Chirurgie cardiaque</b>	La PDSSES est définie réglementairement (Article D. 6124-122 CSP).
<b>Chirurgie vasculaire</b>	Une PDSSES doit être identifiée sur chaque territoire à l'échelle d'un bassin hospitalier. Celle-ci peut être complétée dans Paris.
<b>Chirurgie thoracique</b>	Une PDSSES peut être identifiée sur les centres de référence.
<b>Chirurgie viscérale et digestive</b>	Une PDSSES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence sauf proximité rapprochée entre sites ; toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télémédecine, ...).

<b>Chirurgie orthopédique</b>	<p>Une PDES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence en première partie de nuit et les week-end et jours fériés ; un regroupement de la PDES sur un seul site à l'échelle d'un territoire peut être réalisé compte tenu du très faible nombre de sollicitations avec déplacements après minuit.</p> <p>Toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télémedecine, ...).</p>
<b>FESUM (SOS mains)</b>	Les PDES seront identifiées sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
<b>Neurochirurgie</b>	La PDES est définie réglementairement (Article D. 6124-137 CSP). Par ailleurs, est organisée en Île de France une PDES de recours (associant neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, et neuro-réanimation) : 1 site chaque jour (parmi ceux répondant à un cahier des charges régional « PDES de recours ») assure en alternance avec les autres ce recours francilien H24 7jours/7. Tous ces sites ainsi que ceux répondant au cahier des charges spécifique « PDES de proximité » assurent tous les jours de semaine une PDES de proximité (de 8h30 à 21h).
<b>Urologie</b>	Une PDES peut être identifiée sur chaque territoire. Celle-ci peut être complétée dans Paris.
<b>ORL</b>	Une PDES peut être identifiée sur les sites de référence comme recours régional.
<b>Chirurgie maxillofaciale</b>	Une PDES peut être identifiée sur les sites de référence.
<b>Infectiologie</b>	Une PDES peut être identifiée au titre d'un conseil régional en infectiologie.
<b>Gériatrie</b>	Ces lignes relèvent de la continuité des soins.
<b>Ophtalmologie</b>	Une PDES peut être identifiée sur les sites de référence comme recours régional.
<b>Imagerie médicale</b>	Une PDES peut être identifiée sur les sites disposant d'une structure d'urgence. Cette permanence peut faire appel à la téléimagerie.
<b>* : les lignes de permanence identifiées pour les USI dépendant des reconnaissances contractuelles de celles-ci</b>	

*Tableau 3. Orientations régionales pour l'ensemble des spécialités de la région Île de France*

### 1.3.4 Implantations cibles

Les implantations cibles par spécialité et par modalité d'organisation sont décrites ci-après. Il est à noter qu'en accord avec l'ensemble des acteurs de la région, une distinction a été opérée concernant la période de PDES pour la nuit, entre la première partie de nuit et la nuit profonde, à différencier de la période des jours fériés et des weekends.

Cette distinction a été motivée et actée lors des travaux du Comité Régional PDES relatifs à la réorganisation des urgences chirurgicales la nuit, au vu des données d'activité recueillies.

Pour les spécialités chirurgicales faisant déjà l'objet d'un schéma régional, les cibles d'implantation sont les suivantes :

	75			77			78			91			92			93			94			95				
	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C		
Chirurgie viscérale	1 <sup>ère</sup> p	3	-2	1	5	-1	4	3		3	2	-1	1	5	-1	4	6,5	-2	4,5	4		4	1,5		1,5	
	NP	7		7	2		2	4	-1	3	3,5		3,5	4,5		4,5	3		3	4		4	3		3	
	WE	10	-2	8	9		9	10	-1	9	8		8	10		10	11	-1	10	9		9	6		6	
Chirurgie ortho	1 <sup>ère</sup> p	1	-1	0	5	-1	4	4	-1	3	3	-1	2	2	-1	1	6,5	-3	3,5	3		3	1,5		1,5	
	NP	7		7	2		2	3		3	2,5		2,5	4,5		4,5	3		3	4		4	3		3	
	WE	8	-1	7	9		9	10	-1	9	8		8	8		8	11	-1	10	8		8	6		6	
SOS mains	1 <sup>ère</sup> p			0						0			0	1		1			+1	1		0	1		1	
	NP	1		1				1		1		1	1			0				1		1		0		
	WE	1		1				1		1		1	1			1				1		1		1		
Chirurgie pédiatrique	1 <sup>ère</sup> p			0										1		1	1		1	1		1	1		1	
	NP	3		3											0	1	1		1	3		3	0		0	
	WE	3		3										1		1	2		2	4		4	1		1	
Chirurgie urologique	1 <sup>ère</sup> p			0	1	-1	0			0		0				0	1	-1	0	1		1	3	-2	1	
	NP	3		3	1		1	1		1		1		2		2	1		1	1		1	1		1	
	WE	3		3	2		2	1		1		1		2		2	3		3	2		2	4		4	
Chirurgie vasculaire	1 <sup>ère</sup> p			+1	1		0			0						0			0			0	2	-1	1	
	NP	4		-1	3		1	1		1		1		2		2	1		1	1		1	1		1	
	WE	4		4	1		1	1		1		1		2		2	1		1	1		1	3		3	
Chirurgie ophtalmo	1 <sup>ère</sup> p			0	1		1			+1	1											+1	1			
	NP	3		3			0	1		-1	0									1		-1	0			
	WE	3		3	1		1	1		1		1							1			1				
Chirurgie ORL	1 <sup>ère</sup> p			0			+1	1	1		1		+1	2			1		1					+1	1	
	NP	1		1	1		-1	0	1		-1	0	1		-1	0			0				1		-1	0
	WE	1		1	1		1	2	2	2		3		3		3	1		1			1		1		
Chirurgie odonto	1 <sup>ère</sup> p			0									+1	1								1		-1	0	
	NP	1		1								1		-1	0							1				
	WE	1		1																1		1				

(E = Existant ; M = modification ; C = cible ; NP=nuit profonde ; WE = week-end)

*Tableau 4. Cibles d'implantation pour les spécialités faisant déjà l'objet d'un schéma régional (les cibles exprimées en ½ correspondent à des sites localisés dans 2 départements différents et ayant mutualisé leurs lignes de PDES)*

Conformément à l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, le présent schéma a pour objet de fixer des objectifs, pour les zones définies au a du 2 de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale (cf. tableaux 3 et 4) et par modalité d'organisation.



Ainsi, pour certaines spécialités chirurgicales faisant déjà l'objet d'un schéma régional, les modalités organisationnelles par spécialité sont les suivantes :

		Cibles d'organisation <sup>α</sup>	
		Existant <sup>α</sup>	Cible <sup>α</sup>
<b>Chirurgie-viscérale<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	°α	°α
<b>Chirurgie-orthopédique<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	DEMI-GARDE + DEMI-ASTREINTE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	°α	°α
<b>SOS-mains<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	α	α
	weekend <sup>α</sup>	°α	°α
<b>Chirurgie-pédiatrique<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	α	α
	weekend <sup>α</sup>	°α	°α
<b>Chirurgie-urologique<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	ASTREINTE	ASTREINTE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	ASTREINTE	ASTREINTE <sup>α</sup>
<b>Chirurgie-vasculaire<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	α	
	nuit profonde <sup>α</sup>	ASTREINTE	ASTREINTE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	ASTREINTE	ASTREINTE <sup>α</sup>
<b>Chirurgie-ophtalmologique<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	ASTREINTE <sup>α</sup>
	nuit profonde <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	°α	ASTREINTE <sup>°α</sup>
<b>Chirurgie-ORL<sup>α</sup></b>	1ère partie de nuit <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	ASTREINTE <sup>α</sup>
	nuit profonde <sup>α</sup>	GARDE <sup>α</sup>	DEMI-GARDE + DEMI-ASTREINTE <sup>α</sup>
	weekend <sup>α</sup>	°α	°ASTREINTE <sup>α</sup>

*Tableau 5. Cibles d'organisation pour certaines spécialités faisant déjà l'objet d'un schéma régional*

### 1.3.5 Financement

Un financement spécifique est attribué à chaque établissement éligible au titre de la PDSSES. Il fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement. Ce financement est fonction :

- Du nombre de lignes de PDSSES assurées dans chacune des spécialités ;
- De la gradation des soins ;
- De la nature de l'établissement public ou privé, les arrêtés d'indemnisation étant différenciés ;
- De la modalité organisationnelle effective de la PDSSES (astreinte opérationnelle, demi-garde + demi- astreinte, garde...), dans la mesure de la recommandation régionale pour la spécialité le cas échéant.

Ce financement est attribué depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, au sein du FIR.

Les établissements qui ne respecteraient pas leurs engagements en qualité de recours ou qui ne respecteraient pas les modalités d'organisation retenues pour faciliter le fonctionnement de la PDSSES au niveau du territoire, sont susceptibles de voir leur financement et leur contrat revu par l'ARS.

### 1.4 Suivi et évolution

Afin de prendre en compte les évolutions nécessaires, le schéma PDSSES pourra faire l'objet d'une révision à tout moment dans les conditions réglementaires prévues.

### 1.5 Evaluation

Le comité régional PDSSES évalue l'impact de la réorganisation chirurgicale la nuit (flux, délais de prise en charge, qualité...).

Ce comité évaluera la réalisation des missions PDSSES par les établissements engagés de façon à permettre la reconduction de ces missions le cas échéant.

Il devra s'appuyer sur le registre des refus et des fonctionnements non conforme ainsi que sur les deux enquêtes déclaratives visant à diagnostiquer le mode d'organisation et l'activité des établissements de santé au titre de la PDSSES:

- L'enquête annuelle établissant pour chaque établissement la liste des lignes de permanence des soins
- Le registre d'activité en ligne qui décrit l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSSES, en nombre d'interventions réalisées par mois, par spécialité et par tranche.

Il est proposé d'évaluer, par une enquête ponctuelle (annuelle ou semestrielle), l'activité d'avis chirurgicaux aux horaires de la PDSSES, afin de calibrer au plus près des besoins les schémas de permanence de soins régionaux.

## CINQUIEME PARTIE : AUTRES FOCUS TECHNIQUES

## Conduites addictives : prévenir, réduire les risques et les dommages, soigner

### 1. Etat des lieux

#### 1.1 Epidémiologie / population concernée

##### Etat des lieux des consommations en Île-de-France :

En ce qui concerne les usages, **chez la population adulte**, la prévalence du tabagisme est moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France (en 2014, 23,6% versus 28,1% au niveau national). Il est néanmoins observé de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

Les hommes franciliens ont des niveaux d'usage d'alcool quotidien inférieurs à ceux des autres régions (13,0 % en Île-de-France contre 20,3% dans le reste de la France). En revanche, chez les femmes, les consommations sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Concernant les drogues illicites, la région se caractérise par des expérimentations inquiétantes et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis (37,0 % en Île-de-France contre 31,3 % hors Île-de-France), le poppers (6,6 % contre 5,0 %) et la cocaïne (4,7 % contre 3,4 %).

**Chez les jeunes**, les données comparant la région Île-de-France au reste de la France montrent des consommations moindres des Franciliens, néanmoins, l'Île-de-France est un territoire très hétérogène et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement avec notamment la diffusion d'autres modes de consommations. Il est aussi observé des niveaux d'usage encore relativement élevés et problématiques, des expérimentations inquiétantes, le développement de poly-consommations marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massives (près de 40 % des adolescents et 34 % des adolescentes connaissent un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante au cours des 30 derniers jours), un tabagisme qui reste élevé notamment chez les filles avec une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien passant entre 2011 et 2014 de 25 à 27 %, une persistance de la consommation de cannabis, avec près de 1 jeune Francilien sur 2 qui en a fait l'expérimentation.

L'expérimentation concerne 63% des jeunes en Île-de-France, l'usage quotidien 27% et l'usage intensif 5%.

Pour les jeux vidéo et les écrans, le programme de recherche PELLEAS (Programme d'Etude sur les Liens et L'impact des Ecrans) a montré une prévalence de 10% de jeunes joueurs problématiques en Île-de-France.

#### 1.2 Offre en addictologie

L'Île-de-France présente une offre médico-sociale globale diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences avec 70 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique) et 20 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

La région compte également une salle de consommation à moindre risque portée par un CAARUD dans le cadre d'une expérimentation nationale. En ce qui concerne plus spécifiquement l'offre à destination des jeunes consommateurs, 40 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) adossées aux CSAPA sont recensées (*données en cours de consolidation*).

L'offre hospitalière en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par 50 ELSA (équipe de liaison et de soin en addictologie), 59 consultations d'addictologie (parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes rattachées au milieu hospitalier), 7 unités de sevrage simple, 3 HDJA (hôpital de jour en addictologie), 11 unités de sevrage complexe, 4 soins de suite et de réadaptation, 5 unités de recherche (*données en cours de consolidation*).

### 1.3 Principales problématiques de santé

Les conduites addictives posent un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, et à la fois sanitaires et sociaux.

La pluralité et diversité des déterminants des conduites addictives sont de trois ordres :

- les facteurs propres aux substances psychoactives et/ou à l'expérience addictive;
- les facteurs environnementaux;
- les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection d'ordre biologique, psychologique et socio-économique.

De ce fait, l'addictologie est une discipline médico-psycho-sociale transversale dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être considérées comme addictives, nécessitant une approche globale des personnes et intégrative des conduites addictives, un décloisonnement entre les secteurs médico-sociaux, sanitaires, sociaux et la mise en place d'une filière complète, diversifiée et coordonnée, défendant avec force le continuum prévention/réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux/soins.

Du fait de cette transversalité, la thématique conduites addictives se construit en complète articulation avec les 8 thématiques de santé du projet régional de santé, avec le PRAPS et en lien avec les autres partenaires de l'ARS (institutions, collectivités territoriales, notamment les communes, associations, gestionnaires, etc.).

## 2. Bilan du PRS 1

L'axe relatif aux conduites addictives retenait les enjeux et objectifs suivants :

- Développer et organiser la prévention des conduites addictives ;
- Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages ;
- Assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives, quels que soient sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.) et le moment de son parcours de vie et de soins.

Au regard du positionnement transversal, le bilan du projet régional de santé 2012-2017 (PRS 1) relatif aux conduites addictives empreinte aux trois schémas régionaux et inscrit en **principales réalisations** :

- Le développement des interventions de prévention des conduites addictives dans une approche globale des conduites à risques ;
- Le renforcement de la mise à disposition du matériel de prévention et de réduction des risques infectieux,
- Une poursuite de la structuration de l'offre médico-sociale, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale avec notamment le renforcement et la création d'antennes et de consultations avancées en CSAPA, d'équipes mobiles en CAARUD, la mise en place des « CSAPA référents » ;
- Une amélioration de la qualité des prestations et du service rendu ;
- Le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Les **principales perspectives** à l'issue du projet régional de santé 2012-2017 (PRS 1) sont :

- Poursuivre la structuration et le renforcement du dispositif médico-social en addictologie notamment dans un objectif de rééquilibrage territorial de l'offre ;
- Organiser le parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage ; poursuivre la construction de filières en addictologie implantées dans chacun des territoires, intégrant les dispositifs de prévention, les structures médico-sociales, la médecine de ville, l'addictologie hospitalière (organisation en 3 niveaux) ;

- Renforcer le positionnement du CSAPA comme « centre ressources » pluridisciplinaires et de proximité pour la prévention, l'accompagnement et le soin des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage;
- Améliorer la visibilité et renforcer des CJC qui doivent devenir le lieu « ressources » pour les Jeunes Consommateurs et leur entourage (« le réflexe CJC ») ;
- Étendre les interventions des dispositifs de prévention et de réduction des risques ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel ;
- Intégrer les évolutions législatives issues de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment au regard des articles 41 à 43).

### 3. Sens de l'action à conduire

L'action s'inscrit dans la continuité de la politique développée à travers les Plans gouvernementaux (notamment de lutte contre les addictions, programme national de lutte contre le tabac, Stratégie Nationale de Santé) successifs, les schémas régionaux.

Elle évolue et s'adapte aux nouveaux éléments de contexte tels que les nouveaux produits, l'évolution des usages, de la réglementation, etc.

Ces dernières années ont permis d'organiser et de consolider le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, d'initier et de renforcer des stratégies d'intervention en prévention et en réduction des risques.

Pour les 5 ans à venir, le sens de l'action à conduire porte sur :

**1/ Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives** (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substance dont l'usage problématique des jeux vidéo ou « trouble du jeu vidéo » reconnue par l'OMS le 18 juin 2018 et intégrant le chapitre sur les « troubles de l'addiction » de la 11<sup>ème</sup> version de la Classification Internationale des Maladies), notamment:

- o Agir précocement pour doter les enfants et leurs parents des compétences favorisant la prévention des conduites addictives,
- o Consolider le repérage et l'intervention précoce en direction des publics vulnérables et/ou à risques : jeunes, femmes enceintes notamment,
- o Mettre en œuvre des stratégies d'intervention, des programmes et des actions efficaces, fondées sur des données probantes, validées scientifiquement.

**2/ Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages :**

- o Élargir les principes et actions de la RDRD : développer une clinique de la RDRD intégrant les différentes approches : favoriser la transférabilité des principes et pratiques de la RDRD à toutes les substances (drogues illicites, alcool, tabac), comportements à risques et/ou problématiques (jeu pathologique ou problématique, usage problématique des écrans, des jeux vidéo, Internet, etc.) en élargissant tant les publics concernés que les domaines d'intervention (milieu professionnel, milieux festifs, milieu carcéral, etc.), développer la culture de la réduction des risques et des dommages ;
- o Poursuivre la structuration et compléter le dispositif de RDRD ;
- o Soutenir les expérimentations et les actions innovantes dont celle de la salle de consommation à moindre risque et la réflexion sur d'autres espaces de consommation supervisée ; développer les actions visant à réduire la morbidité et la mortalité de l'hépatite C chez les usagers de drogues (dépistage, vaccination, accès aux traitements) ; développer et renforcer les stratégies de réduction des risques en milieux festifs, en milieu carcéral.

### 3/ Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en addictologie :

- o Positionner le principe d'un parcours en addictologie concrétisant l'organisation transversale qu'elle réclame, intégrant une offre de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de soins et assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue, graduée et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage;
- o Améliorer les prises en charge «conjointes» en cas de comorbidités induites ou concomitantes, en particulier avec la psychiatrie, en cas de troubles cognitifs ;
- o Garantir la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage en organisant les décloisonnements, coopérations et complémentarités d'intervention entre les différents secteurs (médecine de ville, médico-social, sanitaire).

### 4/ Prendre en compte les inégalités qu'elles soient sociales ou territoriales de manière systématisée, dans toutes les actions, notamment :

- o pour une accessibilité de proximité de l'offre adaptée, en prévention, réduction des risques et des dommages et soins en addictologie ;
- o par des stratégies ciblant les populations les vulnérables et/ou à risques : jeunes, femmes, femmes enceintes, parents isolés ou en couples avec enfants, travailleurs pauvres, personnes sans domicile, personnes détenues et placées sous main de justice...

#### 4. Objectifs formalisés

1. Renforcer la prévention et réduire les risques et les dommages :
  - Retarder les expérimentations de consommation, réduction du pourcentage de consommation régulière de cannabis des jeunes, réduction du pourcentage des alcoolisations ponctuelles importantes, réduction de la prévalence du tabagisme chez les jeunes, etc.
  - Augmenter le nombre d'actions fondées sur des données probantes, validées scientifiquement ;
  - Réduire la prévalence du VHC et du VIH chez les usagers de drogues. (cohérence des indicateurs avec ceux proposés dans le Plan d'Appui à la Transformation du Système de Santé 2018-2022 : augmentation du nombre de matériel prévention et de réduction des risques mis à disposition, nombre de dépistages réalisés, nombre d'actions de proximité ou « hors les murs » réalisées, nombre d'usagers/patients ayant eu accès et traités par antiviraux à action directe (AAD), nombre de prescriptions par des médecins généralistes de traitements par AAD, etc.)
  - 2. Poursuivre la structuration et le renforcement de l'offre médico-sociale et hospitalière en addictologie (rééquilibrage territorial de l'offre : augmentation du nombre de CSAPA généralistes, nombre d'antennes, de consultations avancées, de permanences, d'unités mobiles, de nouvelles places en soin résidentiel spécialisé en addictologie, nombre d'ELSA implantées dans des établissements de santé avec SAU, interventions des ELSA en maternité, etc., nombre de conventions de partenariat formalisé, etc. ) ;
  - 3. Poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement pour garantir l'adéquation du parcours de vie et de soins aux besoins des personnes (diminution des délais d'accès aux soins, augmentation des prises en charges conjointes, conventions de partenariats et de coopération, nombre de CLS et CLSM intégrant la thématique des Conduites addictives, augmentation du nombre de professionnels formés, etc.).

#### 5. Principales stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention, programmes et actions retenues pour le champ des Conduites addictives s'intègrent dans les cinq axes de transformation et à plusieurs projets de transformation du PRS.

Ci- après, une déclinaison permettant de citer les principales actions (liste non exhaustive) considérées comme leviers d'action, en les situant par rapport aux axes de transformations du PRS. Une précaution toutefois à cette approche. A titre d'exemple une même action peut être innovante (axe 3) et relever du renforcement des dispositifs de repérage précoce (axe 1, projet 2). En outre, l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé traverse l'ensemble du PRS, est pris en compte dans chacun des cinq axes, dans le choix des projets de transformation et dans les modalités de mise en oeuvre des actions.

### **Axe 1 : Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires**

#### **- 1,1 : Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales autour des parcours :**

- o Positionner le principe et consolider les parcours en addictologie :

Le parcours en addictologie a pour principales caractéristiques de ne pas être linéaire ; il n'y a pas de profil type de consommateurs de substances licites ou illicites, ni de joueur pathologique/problématique ou autre conduite addictive sans substance. Il doit être adapté, basé sur une évaluation individuelle (médicale, psychologique, sociale et éducative) des besoins, de la demande, respectueux de la situation (souvent complexe) de la personne, inscrit dans une approche globale; et intègre des principes et des postures (non jugement, alliance thérapeutique, etc.). Il mobilise une diversité de compétences (pluridisciplinarité) et d'acteurs pour répondre à la diversité des problématiques : conduites à risques à l'adolescence, comorbidités somatiques et psychiatriques, précarité, désocialisation, désaffiliation, etc. ;

- o Rendre visible et formaliser l'offre sur chaque territoire ; Concrétiser l'organisation plurielle et interdisciplinaire que le parcours réclame en permettant de prioriser et consolider l'articulation, la coordination et la complémentarité de l'offre intersectorielle de la prévention, de la réduction des risques et des dommages, de l'accompagnement et du soin en addictologie ;

- o Positionner le premier recours comme entrée dans le parcours de santé, le CSAPA comme « centre ressources » et la CJC « centre ressources pour les jeunes ayant des conduites addictives et leur entourage » ;

- o Réaffirmer la place du médecin généraliste comme acteur de soin et de prévention de proximité, notamment pour le repérage précoce et l'intervention brève ainsi que pour la prescription de traitements médicamenteux (y compris pour les traitements de substitution aux opiacés) ;

- o Développer la continuité des parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives en favorisant les partenariats, les coordinations professionnelles, transdisciplinaires et les complémentarités entre médecine de ville, dispositif médico-social et filières addictologie des GHT ;

- o Accroître les compétences des professionnels au regard des évolutions des stratégies thérapeutiques notamment par l'adaptation et le renforcement des formations initiales et continues des professionnels de santé (y compris formations des professionnels de santé aux prescriptions et suivi de traitements de substitutions aux opiacés, des antiviraux à action directe, de traitements de substituts nicotiniques en application de l'article L.3511-10 du Code de santé publique), par le développement d'échanges de bonnes pratiques professionnelles, etc. ;

- o Intégrer les conduites addictives dans les instances d'élaboration et de concertation des politiques régionales et territoriales de santé, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé, les plateformes territoriales d'appui au parcours de santé complexe, les instances de démocratie en santé;



#### - 1,2 : Construire des dispositifs de repérage précoce :

- o Renforcer le repérage et l'intervention précoce des usages à risques en améliorant les pratiques professionnelles et en s'appuyant notamment sur les deux méthodes validées :
  - Les méthodes de repérage précoce intervention brève (RPIB) par la formation des médecins généralistes, des professionnels de santé prescripteurs de TSN ;
  - Les stratégies et les programmes d'intervention précoce (IP) notamment en direction des jeunes (avec une attention particulière à ceux relevant de l'ASE et de la PJJ), en favorisant la formation des professionnels intervenant auprès des jeunes ou de tout autre public vulnérable et/ou en difficulté avec des conduites addictives et l'articulation des CJC avec les autres acteurs spécialisés du territoire (CSAPA, médecine générale, ELSA pour les passages aux urgences des adolescents, Education Nationale, Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse, etc.) ;
- o Soutenir les programmes validés visant à la promotion du rôle des compétences psycho-sociales (notamment des enfants, des jeunes, des parents, etc.) ;
- o Améliorer les pratiques de repérage précoce en faveur des femmes enceintes et des enfants (mieux repérer les troubles liés à l'alcoolisation fœtale) ;
- o Soutenir d'autres approches thérapeutiques probantes et favoriser le déploiement, tel que MDFT dans les établissements volontaires de la PJJ ;
- o Renforcer les stratégies de RDRD, notamment en milieux festifs et en milieu carcéral ;

#### - 1,3 : Déployer des usages du numérique pour faciliter les parcours :

- o La télémédecine est aujourd'hui très peu utilisée en addictologie. Cependant, du fait de la suppression des barrières de temps et d'espace, la télémédecine peut apporter une aide dans la prévention, la réduction des risques et des dommages ainsi que pour l'accompagnement, la prise en charge, tant pour les professionnels que pour les patients. Les modalités de mise en oeuvre peuvent être le suivi téléphonique, le suivi du traitement via internet, la vidéoconférence, l'utilisation d'applications mobiles et de jeux de réalités virtuelles.

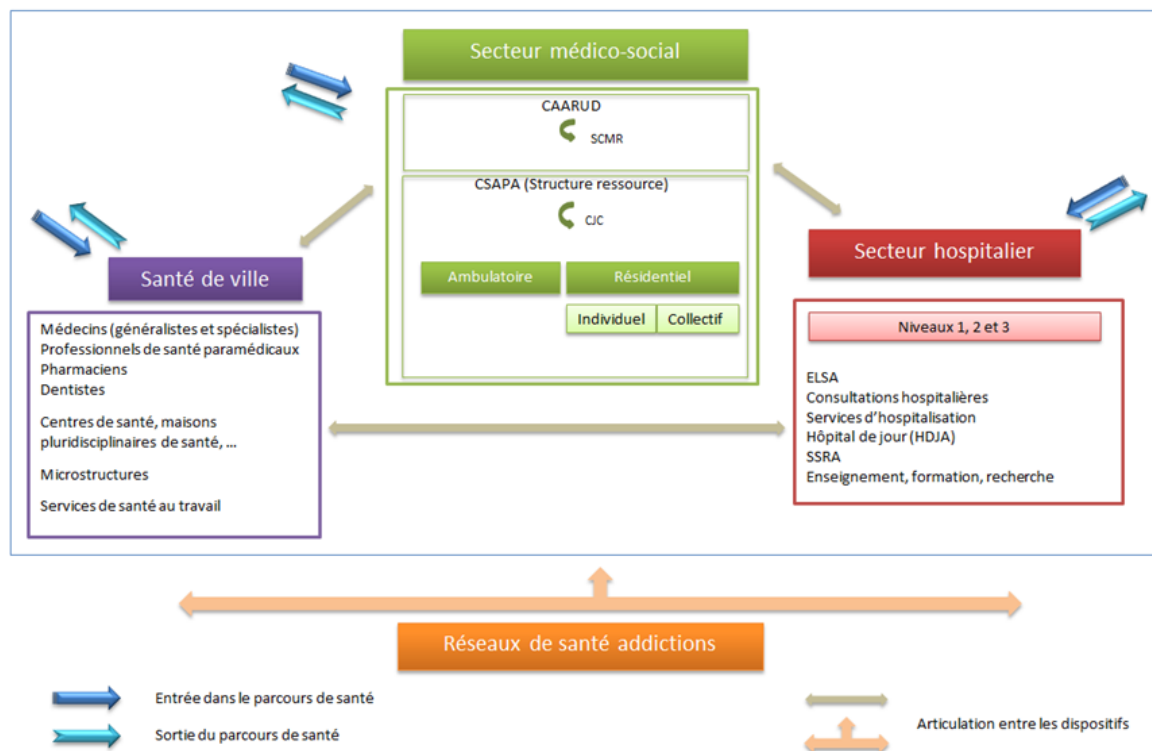
#### - 1,4 : Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes

- o Renforcer les passerelles entre les dispositifs spécialisés en addictologie et la médecine de ville en soutenant, à partir des besoins identifiés sur les territoires, la création de dispositifs telles que les microstructures médico-sociales organisés en dispositifs de premiers recours et intégrés au CPTS ;
- o S'appuyer sur les CSAPA, les ELSA, les réseaux de santé et les microstructures, chacun pouvant être identifié de « ressources » pour les plateformes d'appui au parcours de santé complexe.

#### - 1,6 : Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

- o Garantir aux personnes ayant des conduites addictives et leur entourage une réponse adaptée, graduée et transdisciplinaire, quels que soient le lieu d'habitation, leur situation et le moment de parcours de vie et de soin, notamment par le biais de dispositifs d'« aller vers », de consultations avancées, de permanences, d'équipes mobiles, etc. ;
- o Prévoir dans les parcours des modalités d'intervention adaptées pour les publics ayant des besoins spécifiques (notamment femmes, femmes enceintes, personnes handicapées, etc.) ;
- o Intégrer la problématique des conduites addictives dans les parcours de santé élaborés pour les patients avec des pathologies chroniques.

## PARCOURS DE SANTE CONDUITES ADDICTIVES

**Axe 2 : Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable****- 2,1 Améliorer la connaissance des besoins et la qualité des réponses**

- o Poursuivre l'exploitation annuelle des rapports d'activités standardisés ; poursuivre les enquêtes thématiques ; soutenir des études sur les évolutions des pratiques et des usages, etc. ;
- o Produire un portrait régional, départemental et infra territorial des consommations, des usages, des pratiques, etc.

**- 2,2 Prioriser les moyens en fonctions des besoins**

- o Poursuivre la structuration et le renforcement de l'offre médico-sociale (CAARUD, CSAPA, CJC) et hospitalière (notamment des ELSA et des consultations) en addictologie dans une logique territoriale (proximité), de gradation des soins et de complémentarité d'interventions : en s'appuyant sur certains éléments de contexte (GHT), en intégrant le rôle des médecins généralistes (en matière de repérage, d'orientation, de suivi de certains patients), en positionnant le CSAPA « centre ressources », en positionnant la CJC « centre ressources pour les jeunes ayant des conduites addictives et leur entourage », en renforçant l'articulation de la psychiatrie avec les filières addictologie ;
- o Définir et mettre en oeuvre un « panier de services » pour les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage, incluant une offre de prévention, de repérage, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge diversifiée et de qualité, ce qui nécessite de réviser certains maillages et modes d'accès ;
- o Renforcer l'accompagnement des personnes détenues ou placées sous main de justice ;

o Renforcer et soutenir des stratégies et des programmes d'intervention, des dispositifs (spécialisés et de « droit commun ») assurant un l'accueil et un accompagnement adaptés à certains usagers (usagers de crack, femmes, etc.), à certains usages problématiques ;

o Renforcer l'offre en RDRD, poursuivre l'expérimentation de la SCMR, expérimenter d'autres espaces de consommation supervisée (injection et inhalation) en fonction des besoins identifiés, des lieux de consommation, des usages, des produits consommés, des usagers, etc. ; soutenir les actions innovantes (intégrant les actions de RDRD alcool, tabac, etc. ) ;

#### - 2,4 Lutter contre la iatrogénie et améliorer la pertinence des prises en charge

o Favoriser, encourager une veille scientifique, prospective des phénomènes émergents, notamment en soutenant :

- les structures et dispositifs participant au dispositif d'observation sur les drogues, leurs perceptions, leurs usages et les dommages (dispositif TREND-SINTES) et assurant une veille prospective sur des phénomènes émergents

- le dispositif régional de veille et alerte en addictovigilance, en lien avec le CEIP, l'OFDT, les acteurs régionaux de l'addictologie (ELSA, CAARUD, CSAPA, associations intervenant notamment en milieux festifs).

o Développer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en addictologie et en favoriser l'appropriation auprès des professionnels concernés.

#### - 2,5 Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins

o Encourager les coopérations pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge.

### **Axe 3 : Un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche**

#### - 3,3 Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge :

o Encourager l'innovation par le développement au plan territorial de la recherche clinique, le soutien aux projets innovants ;

o Promouvoir la recherche clinique et thérapeutique sur les substances psychoactives et les conduites addictives, encore trop modeste, en particulier sur l'alcool, et en lien avec le Niveau 3 de l'addictologie hospitalière, en associant le secteur spécialisé médico-social (CAARUD et CSAPA) ;

o Promouvoir la recherche en sciences humaines économiques et sociales pour répondre aux besoins exprimés par les acteurs publics et les professionnels du secteur (évaluations d'interventions en prévention, de soin, demandes d'évaluation médico-économiques, etc.)

### **Axe 4 : Permettre à chaque Francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire**

#### - 4,1 Développer le pouvoir des usagers à titre individuel et collectif

o Développer la notion et la place de « l'usagers expert », le rôle et la formation des pairs , en matière de réduction des risques et des dommages, en matière de prévention, de promotion de la santé : mobiliser les jeunes, former des jeunes du service civique, en fonction de leurs missions, ainsi que les étudiants en santé à la prévention des conduites addictives ; les associer à des programmes.

- 4,2 Participation des citoyens à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques publiques

o Intégrer les conduites addictives dans les instances de démocratie en santé (CRSA et CTS) et développer la représentation des usagers ;

o S'assurer de la mise en place dans chaque ESMS d'un conseil de la vie sociale ou toute autre forme d'expression des usagers.

- 4,3 Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité

o Développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder les premières expérimentations par des méthodes validées pour renforcer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des exposés, les plus vulnérables.

**Axe 5 : La santé dans toutes les politiques**

- 5,1 Structurer une stratégie de plaidoyer

o Action de plaidoyer visant la réduction des risques et des dommages ; porter collectivement un discours lisible, fondé sur la réalité objectif des dommages ;

o Inscrire la prévention des conduites addictives dans une mobilisation collective (renforcer la coordination et la formation au repérage des acteurs, professionnels, intervenants, communauté éducative, parents, pairs, etc. au contact des jeunes) ;

o Inscrire la lutte contre les conduites addictives dans les projets d'insertion sociale des personnes en situation de précarité (notamment promouvoir et développer le programme TAPAJ pour les jeunes en errance, soutenir des expérimentations, etc.).

- 5,4 Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville

o Renforcer l'implication des municipalités (inscription de la thématique des conduites addictives dans les CLS, CLSM, mobilisation des villes comme partenaires d'actions, etc.).

Dans le cadre du PRAPS, un renforcement des actions de réduction des risques et des dommages est inscrit notamment en direction des personnes accueillies et hébergées dans les structures sociales.

## La lutte contre le VIH/sida en Île-de-France

La lutte contre le VIH/sida est une priorité de l'Agence régionale, au vu de la charge de l'épidémie dans la région et de la présence de populations particulièrement vulnérables (hommes ayant des relations avec les hommes, migrants hétérosexuels, jeunes...) auprès desquelles l'information, la prévention, le dépistage, et l'accès aux soins appropriés doivent être assurés.

Les diverses activités concourant à la lutte contre le VIH/sida s'intègrent dans la stratégie nationale de santé sexuelle, en cours de régionalisation. L'objectif est celui fixées par les Nations Unies d'éliminer l'infection à VIH comme problème de santé publique d'ici 2030, l'objectif intermédiaire étant les 3 fois 95 en 2020 : 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95% de celles-ci ont accès au traitement efficace ; 95% de celles-ci ont une charge virale indétectable.

### **Pour atteindre les trois « 95 », l'ARS se donne trois priorités**

#### 1 Réduire l'épidémie cachée : le dépistage précoce et l'accompagnement vers les soins

Plus de 10 000 personnes seraient infectées par le VIH en l'ignorant, en Île de France (V. Supervie, 2017). La proportion de cas non diagnostiqués est plus élevée chez les personnes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne, surtout les hommes, que chez les HSH nés en France. Elle est particulièrement élevée à Paris, (25,2/10 000) puis dans le Val d'Oise (14.5/10 000) et en Seine Saint Denis (13,6/10 000).

Quand il a lieu, le dépistage intervient trop souvent tardivement puisque 28% des personnes ayant appris leur séropositivité en 2015, en Île de France, étaient à un stade tardif de l'infection (moins de 200 CD4), ce taux ne diminuant pas depuis 2012.

Cette absence ou ce délai au diagnostic est une perte de chance pour les personnes concernées, le retard au traitement efficace ayant une influence reconnue sur la qualité et l'espérance de vie des patients.

Au plan collectif, le dépistage et l'accès précoce au traitement exercent une influence majeure sur la maîtrise de l'épidémie, puisque toute personne recevant un traitement efficace ne transmet plus l'infection, (Treatment as prevention, ou TasP).

#### 2 Le renforcement de la prévention et son intégration dans une approche de santé sexuelle

L'incidence des nouvelles déclarations de séropositivité au VIH recule très lentement, et de manière inégale selon le groupe de transmission : depuis 2013 l'incidence a continué à décroître chez les hétérosexuels (-9%), particulièrement chez les hommes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. En revanche le nombre de nouvelles découvertes chez les HSH reste stable avec environ 1000 découvertes en 2015.

La prévention primaire reste donc fondamentale. Les nouveaux outils validés (PrEP, TPE, autotests) et les approches renouvelées (médiation, aller-vers, partenariat large, inclusion des personnes affectées..) rendent possible une baisse accélérée de l'incidence du VIH, s'ils sont mobilisés de manière coordonnée et synergique (approche de prévention combinée), avec une attention très particulière aux populations les plus affectées, c'est-à-dire les HSH et les personnes hétérosexuelles nées en Afrique au Sud du Sahara.

Ces groupes de populations doivent être rencontrés, consultés, mobilisés, au plus près de leur lieux de vie et de socialisation, et dans un cadre plus large que celui du VIH seul, permettant de répondre à des problématiques plus larges et moins stigmatisantes (santé de la reproduction, lutte contre les IST, aide vis-à-vis des dysfonctions sexuelles..).

La communication et l'information doivent être adaptées aux publics divers et apportées par des interlocuteurs crédibles et formés. Le rôle des médiations est ici crucial, à la fois au plan collectif (identification et accès aux communautés, ou groupe sociaux) et au plan individuel (accompagnement vers le dépistage ou le soin).

Plus largement, un cadre politique et social favorable est indispensable pour que ces outils trouvent leur pleine efficacité, et en particulier la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle ou à l'origine. Celles-ci en effet dissuadent ou empêchent certains groupes ou certaines personnes d'accéder à l'information sur la dynamique de l'épidémie, les facteurs de risque et les moyens de les atténuer (lieux de dépistage, modalités adaptées de prévention).

Au-delà des publics vulnérables, cette approche permet aussi d'aborder la prévention auprès de la population générale et tout particulièrement des jeunes en investissant dans la promotion de la santé sexuelle (axe 1 de la SNSS).

### 3 Le parcours de soins : qualité des soins et qualité de vie, l'accompagnement social (logement, emploi..) et communautaire.

En tout point du territoire le soin doit être accessible et de qualité. La formation des soignants, mais aussi des personnes de premier contact (associatifs, sociaux, éducatifs) sont à la base de parcours de santé fluides, permettant aux personnes touchées de poursuivre des soins efficaces et de bénéficier d'une qualité de vie optimale.

Aujourd'hui la très grande majorité des prises en charge médicales ont lieu à l'hôpital, en consultation ou en hôpital de jour. La médecine de ville n'assure au mieux qu'un co-suivi des patients infectés par le VIH, s'occupant des épisodes intercurrents mais pas de l'infection elle-même. En revanche les médecins de ville sont des prescripteurs importants de dépistage, qui sont à l'origine de près du tiers des découvertes de séropositivité.

En parallèle au parcours de soins le parcours social (accès au droit, insertion, hébergement, accompagnement...) est un facteur indispensable à la qualité de vie des personnes qui sont isolées et discriminées du fait même de leur statut sérologique. Des questions spécifiques émergent en outre : le vieillissement des personnes infectées, leur isolement et leur fragilité, par exemple. Il conviendra de maintenir la mobilisation du secteur social autour des personnes porteuses du virus, et d'identifier les besoins nouveaux, particulièrement dans le champ du vieillissement

La prise en charge et le suivi des personnes infectées par le VIH se rapproche de plus en plus des maladies chroniques, pour lesquelles la bonne coordination des intervenants, entre l'hôpital et la ville, entre les structures sanitaires et les structures sociales contribue de manière majeure à la qualité de vie des patients.

### **Comment le PRS offre des opportunités pour avancer vers les trois 95**

Parmi les 5 axes et les 27 projets de transformations du PRS, certains seront particulièrement pertinents pour contribuer à atteindre les objectifs

### Dans l'Axe 1 : améliorer l'organisation des parcours sur les territoires

- Le projet 1, Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales autour des parcours

Deux types de parcours sont à prendre en compte, celui qui amène au dépistage, qui peut s'organiser autour des CeGIDD, dans une approche de santé sexuelle, et en lien étroit avec les CPEF, et celui qui concerne les personnes découvertes infectées, et pour lequel c'est le service soignant (hôpital dans 95% des cas) qui est au centre, en lien avec les acteurs médico-sociaux et associatifs qui accompagnent les patients. (Hébergement, ACT, aide à l'emploi, lutte contre l'isolement, soutien juridique..).

#### Exemples d'objectifs :

Amener au dépistage par l'information, l'accompagnement vers les centres de dépistage, (mobilisation des acteurs associatifs, et des professionnels sociaux de premier contacts auprès des publics cibles, animation territoriale par CeGIDD).

Re-mobiliser les professionnels de santé de premier recours (MG, gynéco, services d'urgence) ou rencontrant des publics (CLAT, CSAPA, ...) afin qu'ils proposent le dépistage plus régulièrement et plus systématiquement.

- Le projet 2, Construire des dispositifs de repérage précoce

Il s'agit d'un élément central pour réduire l'épidémie cachée, d'abord avec la question de l'identification, sur un territoire donné, des publics vulnérables (au VIH, mais souvent à d'autres pathologies telles que les IST, Hépatites, tuberculose..) et des acteurs qui sont à leurs contacts, dans une relation de confiance, puis de la coordination des interventions vers/avec/pour ces publics.

#### Exemple d'objectifs :

Rapprocher le dépistage des populations cibles, par développement et meilleur ciblage des TROD communautaires

Faciliter l'accès aux/rendre plus accueillants les CeGIDD en veillant à répondre aux horaires et disponibilités des publics pour le diagnostic et le traitement précoce des IST, consultations avancées/hors les murs,

Développer une offre de PrEP de qualité, accessible dans toute la région

Améliorer le TPE, aux urgences, dans les CeGIDD, en ville

- Le projet 3 Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

L'infection à VIH, en devenant une maladie chronique une fois un traitement efficace engagé, exige de la part du patient une observance rigoureuse et des compétences mises à jour pour assurer un environnement porteur (nutrition, activité physique, relations sociales). Le contact avec le service soignant étant réduit (semestriel le plus souvent) l'éducation thérapeutique au plus près de son cadre de vie est un levier majeur pour le renforcement et le maintien de ces compétences.



**Dans l'axe 2 : une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable**

- Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses : la lutte contre le VIH dispose d'un outil spécifique, les COREVIH, dont les missions incluent l'évaluation des besoins, de la qualité des prises en charge, de la pertinence des dispositifs de réponse. Leur territoire est large (5 pour la région) et construit dans une logique de têtes de réseaux expertes (au CHU) et de partenaires déployés en éventail vers les départements périphériques. Les COREVIH ont une fonction de recueil (en partie) et d'analyse des données particulièrement utile pour ces missions. Le contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les 5 COREVIH en cours de redéfinition pour les années 2018-2021 doit permettre de renforcer cette dimension du travail des COREVIH au service d'une stratégie régionale plus pertinente, efficiente et équitable.
- Prioriser les moyens en fonction des besoins : cf. la fiche spécifique sur les dispositifs de prévention et leur évolution.

*Exemples d'objectifs :*

Réduire les perdus de vue, 95% des personnes dépistés sont sous traitement

Obtenir une CV indétectable chez 95% des personnes sous traitement.

Assurer une qualité de vie sociale de qualité par un accompagnement adapté, (soutien social, logement, insertion...)

**Dans l'axe 3 : favoriser un accès égal et précoce à l'innovation et à la recherche**

La force des acteurs de la lutte contre le VIH a été depuis 30 ans la relation étroite entre soins et recherche, entre santé et social, voire politique, et en impliquant très vite les personnes les plus concernées elles-mêmes. Cette dynamique doit être poursuivie et renforcée en permettant à tous d'y contribuer. Là encore les COREVIH sont des espaces qui devront être remobilisés pour produire de la connaissance fine et basée sur les preuves. Le lien étroit entre les COREVIH et les équipes universitaires, et via celles-ci avec la recherche (dont l'ANRS) facilitera ce travail qui se déploiera dans les deux champs de la recherche clinique et de la recherche interventionnelle (ou de politique publique).

- Permettre de nouvelles modalités d'accès à la prévention et de promotion de la santé en développant la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé
- Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge



**Dans l'axe 4 : Permettre à chaque Francilien d'être acteur de la santé et des politiques sanitaires**

Comme rappelé plus haut la lutte contre le VIH s'est construite avec et par les malades, puis plus généralement avec des représentants des groupes les plus touchés. Les réseaux d'acteurs associatifs issus de ces groupes sont des opérateurs (de l'accompagnement, du soin, de la prévention) et des partenaires des soignants, et des pouvoirs publics. La notion d'« empowerment » individuel reste centrale dans la prévention primaire et secondaire (TasP). Au niveau régional (COREVIH) la représentation des usagers est active et pertinente.

- Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif
- Participation des citoyens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques

## La santé des femmes

### Contexte

La question de la santé des femmes est un enjeu majeur en Île-de-France : elle est traversée par des problématiques spécifiques, mais aussi par des enjeux d'inégalités qui croisent et amplifient les inégalités sociales.

Le choix méthodologique est donc celui d'une approche globale, ne se limitant pas à la seule dimension gynécologique ou obstétricale.

### **1- Une prise en compte de la spécificité des déterminants sociaux et environnementaux qui pèsent sur la santé des femmes**

#### **Nous souhaitons peser sur les déterminants socio-environnementaux qui aggravent les inégalités entre sexes et entre catégories sociales**

Chacun des projets de transformations apporte une attention spécifique aux inégalités sociales : parmi les mécanismes de réduction des écarts sociaux qui devront être mis en place, plusieurs devront concerner plus spécifiquement les femmes, en particulier dans le champ de la prévention collective : aménagement des horaires des activités proposées, prise en compte des temps de travail fractionnés ou décalés, etc...

L'axe 5 aborde plus explicitement le lien entre genre et cadre de vie favorable à la santé, en insistant sur l'appropriation des espaces publics par les femmes dans les quartiers en renouvellement urbain, et sur le travail à mener en direction des hommes comme des femmes pour faciliter la pratique d'activité physique des femmes. Ces deux points conditionnent la généralisation de l'activité physique pour les femmes.

Les stratégies de plaidoyer (axe 5) dans le champ de la santé au travail devront comporter une dimension genrée : les femmes sont en effet non seulement les plus concernées par le travail à temps partiel non choisi, ou le travail précaire, mais aussi exposées à des risques spécifiques (services aux personnes, services aux entreprises...) Dans ce domaine, la question de l'impact des transports et de l'éloignement urbain est important, et devra faire l'objet d'une demande d'approfondissement des connaissances, pour envisager des mesures d'inflexion des politiques publiques. L'extension des préoccupations en termes de prévention des cancers (priorité thématique) induira par exemple probablement une réflexion sur le lien entre cancer et rythmes de travail.

S'agissant de la santé des femmes en période périnatale (femmes enceintes et avec nouveau-nés) des travaux de recherche devront être menés pour analyser l'impact des déterminants socio-professionnels sur la santé périnatale.

L'axe 5 et la fiche consacrée au logement déterminent des ambitions importantes, et confortées par le projet consacré au plaidoyer, pour réduire l'impact de l'absence ou de la précarité du logement sur les indicateurs de santé périnatale, à plus long terme sur les indicateurs de santé mentale.

**2- Une prise en compte de l'impact sanitaire des rapports hommes-femmes d'une part, des situations de violences et de domination d'autre part.**

**Nous souhaitons contribuer fortement à la prévention et à la prise en charge en urgence des violences et des rapports de domination dont les femmes sont l'objet.**

Ces enjeux spécifiques sont susceptibles d'être impactés par plusieurs approches, qui sont conçues comme des voies d'amélioration globales, incluant le champ des rapports hommes/femmes

La *priorité thématique « jeunes »* insiste sur le renforcement des compétences psychosociales. Nous considérons que le développement des CPS, comme la mise en place de parcours éducatifs en santé, peuvent contribuer à réduire les rapports de domination chez les jeunes...

L'axe 1 vise pour sa part à renforcer les logiques de repérage et de prise en charge des situations de vulnérabilité par le système de santé (hospitalier et de ville). C'est dans ce cadre que nous travaillerons à améliorer le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes, en ciblant particulièrement les femmes enceintes (la grossesse étant classiquement une période de révélation ou de recrudescence des violences. Un autre point spécifique est lutte contre les violences faites aux femmes lesbiennes et leurs conséquences..

**3- Des approches spécifiques pour des pathologies et enjeux de santé concernant les hommes et les femmes.**

**Nous souhaitons mettre en œuvre des approches spécifiques, afin que les femmes bénéficient d'actions de prévention adaptées aux contraintes ou aux sur-risques qu'elles connaissent.**

Pour un certain nombre de champs de santé, la mise en place d'actions plus spécifiques en direction des femmes est nécessaire. Outre les questions de l'activité physique (cf *ci-dessus*), le PRS apporte une importance particulière à la lutte contre le tabagisme chez les femmes, en particulier lorsqu'elles sont enceintes, et appelle plus généralement à la construction de stratégies adaptées en direction des femmes dans le champ des addictions (*focus addictions*). Le focus consacré au VIH place cette démarche dans le champ de la santé sexuelle, et mobilisera les CPEF, comme les CEGIDD. De façon générale, des opportunités importantes sont ouvertes par l'extension du champ de compétence des sages-femmes.

Le PRAPS énonce des objectifs de renforcement de l'intervention de prévention auprès des femmes sans chez-soi

**4- Le droit à l'IVG**

**Le droit à l'IVG est l'un des droits à la santé les plus emblématiques : des améliorations ont été obtenues en Île-de-France : nous affirmons qu'il est nécessaire d'aller plus loin, notamment dans les territoires de grande couronne, et ce en lien avec la stratégie nationale de santé sexuelle**

Si, conformément à la loi, l'ARS Île-de-France s'est dotée d'un plan d'accès à l'IVG dans les suites du projet FRIDA, le *projet de transformation 2.2* intègre ce plan IVG, signant l'exigence d'une meilleure équité territoriale dans ce domaine. L'Agence veillera à assurer une offre hospitalière sur la totalité des territoires, et à ce que la structuration des établissements de santé et des GHT ne conduise en aucun cas à une remise en cause du choix des femmes de la méthode d'IVG et d'anesthésie. Elle mènera une politique exigeante de diversification des

ressources en matière d'IVG, notamment par l'extension de l'IVG instrumentale en centres de santé, dans un objectif permanent de respect de la liberté de choix des femmes.

#### **5- Les soins gynécologiques, le dépistage et la prévention des cancers féminins**

**L'accès au suivi gynécologique, notamment auprès de praticiens appliquant des tarifs opposables, est l'un des enjeux du PMO « Ressources Humaines en Santé ».**

Il s'agit en effet d'un élément déterminant de la santé des femmes, pour lequel les inégalités territoriales s'accroissent, malgré des indicateurs régionaux plutôt favorables. Le PMO propose des pistes de travail adaptables aux questions du suivi gynécologique, et par exemple une meilleure mobilisation des compétences des sages-femmes.

Les domaines plus spécifiques de la protection maternelle, et de la planification familiale bénéficieront des démarches engagées pour soutenir la démographie des professionnels de PMI.

La *priorité « cancer »* et l'*axe 1* mettent l'accent sur le soutien au dépistage organisé du cancer du sein, pour lequel les résultats franciliens sont médiocres, et sur l'extension du dépistage du col de l'utérus. Sur ces deux sujets, les actions tiendront compte des orientations nationales de la SNS, tout en s'efforçant de réduire le nombre de femmes ne bénéficiant pas d'un dépistage. La régionalisation des dépistages organisés, mise en œuvre à compter de 2019, doit permettre d'atteindre des résultats nettement meilleurs aussi bien pour le cancer du sein que pour celui du col de l'utérus. Il conviendra aussi (*focus sur les dispositifs de prévention*) d'apporter une attention particulière à la vaccination HPV, qui pose d'importantes questions d'accessibilité financière.

Enfin, l'évolution des CEGIDD vers une approche plus globale de santé sexuelle devrait améliorer leur capacité à prendre en charge plusieurs aspects de la santé des femmes.

Le soutien à la médiation sanitaire et sociale, fortement affirmé dans plusieurs axes, est une démarche qui a fait ses preuves en matière de facilitation de l'accès à la prévention médicalisée, collective, et aux soins notamment dans le champ du dépistage, en périnatalité et auprès de femmes en situation de migration et/ou de fragilité sociale.

#### **6- La périnatalité**

**La périnatalité est un enjeu de santé publique qui dépasse la santé des femmes, mais qui doit être considéré comme un essentiel – notamment en raison des mauvais résultats franciliens en termes de mortalité maternelle.**

La *priorité thématique « périnatale et santé de l'enfant »* décline un nombre importants d'objectifs, qui s'organisent autour de la précocité de la prise en charge, de l'intervention sur les déterminants sociaux, de la qualité et la continuité des parcours, de la recherche, et de la participation des femmes (incluant la médiation).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, au regard de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins, témoignent de l'importance des facteurs organisationnels mais également de l'importance des dispositifs de formation et d'accompagnement en ressources humaines, y compris du point de vue de la qualité au travail.

Là encore, le PRAPS propose d'intervenir plus fortement auprès des femmes sans chez-soi.

## Offre en dispositifs publics de prévention : IST et VIH, vaccinations, tuberculose programmes d'éducation thérapeutique du patient

### 1. ETAT DE L'OFFRE

---

#### Les champs d'activité concernés

#### **Information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales**

**Le dispositif public** de dépistage du VIH comprend les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) (30 structures agréées et 27 antennes –cf cartes annexes-, budget annuel de 17 M€ + 2M€ pour la Prophylaxie pré-exposition PrEP, réalisant 90 000 dépistages annuels du VIH et 610 découvertes de séropositivité), les équipes réalisant les tests rapides d'orientation diagnostique, TROD, communautaires - hors établissement de santé (15 opérateurs habilités, 30 000 tests réalisés en 2016, 300 séropositivités).

On note par ailleurs l'activité des 5 COREVIH : comités pour la coordination des acteurs du VIH sur un territoire, la qualité des soins, l'appui scientifique, y compris pour l'analyse des données

#### **Vaccination gratuite**

Le dispositif public de vaccination gratuite comprend actuellement 96 centres de vaccination (CVAC). Ces structures complètent un dispositif global qui repose sur les médecins généralistes et pédiatres du secteur ambulatoire libéral : en pratiquant des vaccinations gratuites et anonymes, elles facilitent l'accès à la vaccination pour les non-assurés sociaux, ainsi que pour ceux n'ayant pas d'assurance complémentaire. L'organisation de séances hors les murs favorise l'atteinte des publics ayant un faible recours à la prévention médicalisée.

**En Île de France, 4 conseils départementaux restent opérateurs** (75, 91,93 et 95 par délégation) dans le cadre d'une convention ARS/CD. Le budget alloué à la vaccination publique en 2016, y compris la DGD allouée aux 4 départements ayant gardé l'exercice de la compétence, est de 7,5 millions d'euros.

#### **Lutte contre la tuberculose**

L'Etat est responsable de la lutte contre la tuberculose (LAT) et l'ARS coordonne l'ensemble des institutions et des acteurs de la LAT. **En Île de France, 4 conseils départementaux restent opérateurs** (75, 91,93 et 95 par délégation) dans le cadre d'une convention ARS/CD

Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) constituent les pivots de la lutte anti-tuberculose et sont implantés dans les huit départements. Le nombre de centres et d'antennes varient selon les départements allant jusqu'à 10 antennes.

Les missions principales du CLAT sont : coordonner la lutte antituberculeuse au niveau départemental, suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale, réalisation des enquêtes dans l'entourage des cas et dépistage des sujets contact, réalisation d'actions ciblées de dépistage.

### Education thérapeutique du patient

Le **dispositif d'ETP** comprend près de 800 programmes autorisés au total, 24 millions d'euros annuels. Il est caractérisé par une concentration de programmes à Paris et en petite couronne, concentration en milieu hospitalier et moins en ambulatoire

#### L'évolution constatée sur la durée du PRS1 :

**IST, VIH et hépatites** : La mise en place des **CeGIDD** le 1<sup>er</sup> janvier 2016 suite à la loi de financement de la sécurité sociale 2015, a traduit, au travers de la délivrance des habilitations, la volonté de mieux répondre aux besoins territoriaux et l'amorce d'une réduction des écarts moyens/besoins mais ce redéploiement est très insuffisant, en raison du poids historique de la répartition géographique des équipements, et notamment de la concentration des implantations sur Paris.

### Vaccination

La configuration actuelle, dans laquelle les centres sont habilités et financés directement par l'ARS sur le FIR dans 4 départements (Seine-et-Marne, Yvelines, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne) tandis que les 4 autres départements ont conservé la gestion de la vaccination gratuite (Paris, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise), n'a été stabilisée qu'à partir de 2012. Cette offre garantit actuellement l'accès à une offre de vaccination publique et gratuite, même si sa répartition reste tributaire de la distribution territoriale des équipements.

Pendant cette période, la France a connu pour la première fois des pénuries vaccinales de grande ampleur, sur multiples valences (BCG, coqueluche, hépatite A et B). Liées à l'accroissement de la demande mondiale en vaccin, ces pénuries tendent à s'inscrire de façon pérenne dans le paysage de la politique vaccinale au niveau national. Leur gestion a mobilisé l'ARS Île-de-France pour l'estimation des besoins régionaux et sa déclinaison au niveau territorial lorsque ceci était possible, pour l'information et l'intermédiation de la communication entre les partenaires nationaux et territoriaux et pour l'adaptation de l'offre aux nouvelles conditions d'approvisionnement, variables pour chaque valence.

### Tuberculose

Durant la période du PRS 1, une dynamique a été lancée à l'initiative de l'ARS pour favoriser l'harmonisation des pratiques entre les centres de luttés contre la tuberculose et l'amélioration de la coordination entre les hôpitaux et les centres de lutte contre la tuberculose, ceci notamment afin d'optimiser l'enquête autour des cas de tuberculose et de circonscrire l'épidémie.

Dans le cadre de la pénurie de BCG (fin 2014), certains des CLAT ont mis en place des séances dédiées de vaccination BCG, réalisant près de 7 000 vaccinations sur l'année qui a suivi leur mise en place en 2015.

### Education thérapeutique du patient

Le renouvellement quadriennal des autorisations de programmes d'ETP, intervenu massivement fin 2015, a permis de consolider un grand nombre de programmes ambulatoires qui n'étaient qu'expérimentaux ; et de les conforter par l'octroi de financements annuels. Mais cette inflexion de la distribution est insuffisante et le potentiel de couverture encore inexploré restent très important dans les zones excentrées

## 2. ELEMENTS DE CARACTERISATION DU BESOIN

### Information, dépistage et diagnostic/IST, VIH et hépatites

Afin d'optimiser—au travers de la procédure d'habilitation- la mise en place des CeGIDD en 2016, et de tenir compte pour accorder les habilitations de la situation épidémiologique, des besoins de santé des populations, identifiés au niveau régional, en prenant compte les autres offres existantes; ainsi que de l'adéquation des établi un indice composite de répartition infrarégionale (une composante épidémiologique et sociale, deux dimensions liées à l'offre, en démographie médicale ambulatoire et hospitalière). Cet indice de répartition ne s'est appliqué qu'au niveau départemental, et n'a pas permis un réel ciblage sur les territoires infradépartementaux à l'échelle des CeGIDD (3 à 5 par département hors Paris). Les données accessibles à ce niveau sont le nombre de personnes en ALD 7 (mais sous représente les étrangers sous AME), la proportion de résidents originaires d'Afrique sub-saharienne, l'offre de soins libérale.

Il importe à la fois d'amplifier la portée de l'indice de répartition du potentiel de consultations des CeGIDD, et de renforcer le déploiement de l'équipement au bénéfice des départements les moins dotés, et de favoriser à un niveau infra départemental, la coopération avec et autour d'un CeGIDD de partenaires pour assurer de façon complémentaire et articulée une réponse adaptée à la pluralité des besoins des populations

### Vaccinations :

L'intégration de la vaccination dans la prise en charge globale des personnes est fondamentale pour assurer son acceptation et améliorer l'efficacité de la couverture vaccinale: le rôle des effecteurs libéraux pour la promotion et la pratique de la vaccination est ainsi réaffirmé dans la nouvelle Stratégie Nationale de Santé (SNS). Cependant, l'organisation et le déploiement du dispositif public, actuellement très hétérogènes- peuvent être revus pour en améliorer la complémentarité et l'efficience.. Dans un souci d'amélioration de l'équité, des éléments de priorisation de l'intervention publique doivent être reconsidérés, pour tenir compte de la démographie des effecteurs, de leurs modalités de financement et/ou de tarification et de la capacité des autres structures assurant des vaccinations gratuites (PMI, CeGIDD, CLAT) à répondre aux besoins. Cela implique de parvenir à définir des critères de priorisation en adéquation avec la complexité des enjeux et notamment des considérations liées aux dynamiques territoriales des acteurs. L'élargissement du type de structure pouvant contribuer à ce dispositif public de vaccination gratuite est également à l'ordre du jour, dans une logique de facilitation de l'accès.

Par ailleurs, une réflexion particulière devra être conduite, dans une optique de réduction des inégalités, sur l'identification des besoins à l'égard des vaccins à coût résiduel élevé et répondant à de forts enjeux de santé publique, en particulier sur le HPV.

L'ARS en 2015 a élaboré un « indice de besoins » composite à partir de valeurs départementales:

L'indicateur composite comprenait :

- La part des jeunes âgés de 15 à 29 ans dans la population générale ;
  - La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
  - La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) chez les migrants ;
  - La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) ayant réalisé un dépistage tardif
  - La part des bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire).
- Cet « indice de besoin » a été ensuite pondéré par la combinaison de plusieurs indicateurs relatifs
- à l'offre existante :
  - L'offre en médecine générale ;
  - L'offre en établissements de santé ;
  - L'offre en centres de santé.

### Lutte contre la tuberculose

En matière de tuberculose, les éléments d'appréciation des besoins sont liés quasi-exclusivement à la situation épidémiologique régionale, départementale et infra-départementale. Celle-ci est suivie à travers les déclarations obligatoires (DO) de tuberculose maladie et d'infection tuberculeuse latentes ainsi que les déclarations des issues de traitement permettant de disposer de la proportion des patients ayant achevé leur traitement ou ceux perdus de vue.

Ces données et celles du centre national de référence nous permettent également de suivre l'évolution de l'incidence des tuberculoses maladies résistantes (MDR/XDR)

### Education thérapeutique du patient

En 2016 a été construite et validée avec les intervenants une grille d'analyse des programmes permettant sur la base d'une dizaine d'indicateurs, de mesurer l'adéquation de l'offre aux caractéristiques des patients. Il n'existe pas de caractérisation précise des besoins basés sur des éléments épidémiologiques car les référentiels de bonnes pratiques recommandent de déployer l'ETP dans une approche de compétences individuelles et collectives et non sur une approche par pathologie. La répartition de l'offre devrait se calquer davantage sur la carte de priorisation par l'IDH 2 et tenir compte des priorités régionales.

## 3. NECESSITES D'EVOLUTION

---

Comme pour l'ensemble des équipements de promotion de la santé, **l'orientation globale est celle d'un rééquilibrage au bénéfice de territoires, en général défavorisés, enclavés, ou excentrés**, pour lesquels le déficit d'offre en prévention individuelle conduit les habitants soit à recourir à des offres distantes, soit à renoncer au recours. **Il existe donc un principe général de renforcement du maillage de l'offre dans les territoires les plus en déficit, pour permettre un usage en proximité là où il n'est actuellement pas possible.** Toutefois, ce principe peut être nuancé soit par des spécificités épidémiologiques (VIH : importante incidence parisienne), soit par la présence ou l'absence autres dispositifs publics concourants (PMI et vaccinations).

### Santé sexuelle/ IST, VIH et hépatites

#### ***Lien avec la réponse globale dans le champ de la santé sexuelle***

Conformément à la SNSS, les CEGIDD évolueront vers une mission globale en matière de santé sexuelle, avec une forte dominante autour des risques infectieux, en complémentarité du réseau francilien à renforcer dans le champ de la santé reproductive (IVG et contraception)

#### ***Approche territoriale***

Faire évoluer l'offre de dépistage en fonction des besoins dans le champ du VIH et des IST nécessite de mobiliser deux leviers : d'une part, l'implantation des équipements, détermine la disponibilité d'une réponse publique gratuite de dépistage sur tous les territoires, donc sur les territoires périphériques – étayée par analyse en annexe ; d'autre part, il existe des potentialités de développement en maillage sur des territoires à fort besoin, notamment en mobilisant la prise en charge à 100% et le tiers-payant.



Cela implique le dégagement de moyens pour les dispositifs mais aussi tous les opérateurs en partenariat avec le Cegidd (notamment les équipes d'intervention hors les murs, trod, etc)

Il est proposé d'engager sur la durée du PRS 4 démarches de réorientation

- Dans la continuité et l'approfondissement des orientations élaborées en 2015 et 2016, assurer un maillage territorial équitable en termes d'équipement CEGIDD, et faire évoluer l'implantation des centres et antennes, pour renforcer l'offre (nombre de points d'accueils et plages d'ouvertures) sur les territoires ayant une offre faible et un besoin important au regard de l'indice composite ; cet indice composite sera décliné au niveau territorial infradépartemental (cohérence avec les territoires de coordination)
- Considérant que l'implantation d'un équipement ne peut suffire à le rendre accessible, renforcer les fonctions d'animation des CEGIDD (« aller-vers », partenariats, etc...) en particulier dans les territoires où les distances géographiques et/ou les fonctionnements sociaux (processus de ségrégation, etc...) constituent des obstacles à l'appropriation des équipements
- Considérant que l'objectif d'amélioration de l'accessibilité du dépistage passe par la gratuité, mais que dans certains territoires à forts besoins, ce levier de la gratuité – y compris d'examen complémentaires – peut être mobilisé par d'autres mécanismes que les CEGIDD, généraliser des démarches de dépistage financé en droit commun (couverture obligatoire et complémentaire)
- Assurer un déploiement des PREP/TPE selon des logiques territoriales spécifiquement adaptées à ce type de prévention, ce qui signifie mettre les moyens à disposition des CEGIDD actuellement non couverts, mais aussi maintenir une forte disponibilité sur les territoires où les pratiques à risque sont les plus fréquentes, et mobiliser des moyens de médiation et de formation

Dans la première année du PRS, une analyse spécifique sera effectuée concernant les moyens nécessaires dans le champ de la santé sexuelle des étudiants, en interrogeant en particulier la question des campus périphériques d'une part, et celle de la complémentarité entre CEGIDD et SSU. La feuille de route de la stratégie en santé sexuelle prévoit l'extension des missions des SSU ce qui facilitera leur engagement dans ce rapprochement.

### Vaccinations

**L'efficacité de la politique vaccinale repose sur une promotion large, intégrée à d'autres thématiques de santé, et sur un accès prompt à la vaccination.**

**En accord avec la place faite à la prévention du risque infectieux par la Stratégie Nationale de Santé (SNS), les effecteurs libéraux garderont une place majeure dans la nouvelle politique vaccinale.** La complémentarité du dispositif public sera renforcée, par l'accroissement de sa diversité, tout au long de la SNS.

**Priorisation territoriale** : la couverture de la population francilienne par les différentes valences vaccinales est en règle générale supérieure à la moyenne nationale, même si une exception notoire existe pour le HPV. Toutefois, certains territoires ou populations plus éloignés du soin peuvent avoir des difficultés importantes pour l'accès à la vaccination, en dehors de toute difficulté d'approvisionnement du marché. Dans ces territoires, il est nécessaire d'aller vers une meilleure couverture par création de dispositifs publics, accompagnés de solvabilisation des vaccins par l'assurance maladie.

La priorisation territoriale visera donc le renforcement de l'accès à la vaccination. Elle se fondera sur l'amélioration de la connaissance sur le fonctionnement du dispositif existant, en tenant compte de la démographie médicale, de la sectorisation tarifaire et du maillage territorial des autres structures participant au dispositif public de vaccinations gratuites (PMI, CeGIDD, etc.). C'est ici que l'extension du dispositif public de vaccinations gratuites à de nouveaux types de structures sera considérée également.

### ***Priorisation vaccinale***

Pour les nourrissons : les 11 valences obligatoires devront être accessibles en vaccination publique avec une répartition variable entre l'offre privé et publique, pour assurer l'universalité de l'accès voulu par la SNS.

Dans la perspective d'induire la demande par l'élargissement de l'offre de vaccination au-delà des effecteurs habituels, il conviendra d'augmenter l'offre de vaccination contre les hépatites A et B et contre le HPV en CeGIDD. L'opportunité d'une extension de cette offre à d'autres vaccinations sera également interrogée.

La SNS met également l'accent sur l'amélioration de la santé des jeunes : un effort devra être fait sur l'offre de vaccination contre le HPV (en gratuité en centre de vaccination ou par solvabilisation couverture sociale obligatoire et complémentaire), ainsi que sur la mise à jour du calendrier vaccinal pour l'ensemble des autres valences, et en particulier le méningocoque C et la rougeole.

### **Tuberculose**

La réorientation vise à mieux implanter les CLAT au plus près des besoins et d'affecter au mieux la répartition des moyens entre CLAT y compris au cours du PRS, en fonction de l'évolution dynamique de l'épidémie. Il y a donc lieu de retenir dans le PRS non pas une programmation définie a priori, mais un principe d'évolutivité

Par ailleurs, une meilleure caractérisation de l'adéquation des moyens à mobiliser par les CLAT pour assurer au mieux leurs missions, doit permettre d'améliorer de façon significative le suivi des cas et les issues de traitements.

### **Education thérapeutique du patient**

On accentuera l'évolution déjà engagée lors du PRS 1 :

- Renforcement de l'offre en grande couronne là où elle est déficitaire
- Développement des mutualisations et rationalisation des programmes, en particulier par l'implantation des UTEP en territoire déficitaire et la coordination des UTEP entre eux pour la diffusion des bonnes pratiques
- Effort de coordination dans les territoires où les programmes sont incomplets, ou redondants, ou encore peu maillés entre hôpital et ambulatoire.
- Instauration, avec l'appui du pôle régional de ressources en ETP, des dynamiques prioritaires sur des territoires et publics ciblés : meilleure prise en compte des contraintes sociales, professionnelles, familiales et financières des patients.

## **4. STRATEGIE DE REORIENTATION DES MOYENS ET DU PILOTAGE RETENUE**

---

### **Santé sexuelle/ IST, VIH et hépatites**

Le projet régional vise à identifier le CeGIDD comme pivot d'une coordination de niveau territorial, passant convention avec tous les opérateurs du territoire, pour avoir une stratégie d'action avec ces opérateurs. Une phase pilote sur 4 ou 5 territoires est nécessaire. Ces territoires pilotes seront sélectionnés sur appel à projet parmi les territoires à forts besoins mais disposant déjà d'une base de mobilisation (CeGIDD fortement engagé vers des logiques d'aller-vers).

Les moyens à destination de l'activité des COREVIH (dans le cadre du nouveau Contrat d'objectif et de moyen ARS/InterCOREVIH, 2018-2021), de la réalisation des TROD, et des actions de promotion de la santé déployées par des opérateurs (subventionnés sur le FIR via un appel à projets) seront également mobilisés pour accompagner cette démarche.

### **Vaccination**

Le projet régional met l'accent sur l'amélioration de la couverture vaccinale ciblée de façon différentielle pour les groupes d'âge. Sont retenues en particulier les vaccinations à renforcer de par l'écart avec les couvertures cible ou le potentiel épidémique des maladies qu'elles préviennent : rougeole, infections invasives à méningocoque, infections à HPV, grippe.

Le rôle du dispositif public sera recentré sur l'accessibilité territoriale et financière de la vaccination, en associant l'assurance maladie et les assurances complémentaires. En particulier et de façon prioritaire, la prise en charge de la vaccination contre le HPV est un levier important, à actionner en lien avec l'assurance maladie et les assurances complémentaires/santé.

La promotion de la vaccination gagnera en importance : une intégration aux dispositifs de facilitation de l'accès au droit commun, à l'ETP, à la santé des jeunes et à la santé sexuelle sera envisagée, de même que l'inclusion de la thématique dans les dispositifs contractuels de l'Agence sur les territoires, à l'instar des CLS.

### **Tuberculose**

Une modélisation permettant l'adaptation de l'offre à l'épidémie et prenant en compte les caractéristiques des territoires sera proposée un an après la publication du PRS. Cette modélisation déterminera l'allocation de moyens aux CLAT.

Par ailleurs une modulation des moyens sera programmée pour améliorer les enquêtes autour d'un cas et le suivi des traitements et de leurs issues.

On prendra en compte une échelle infradépartementale, compatible avec l'échelle des territoires de coordination afin d'optimiser le maillage territorial des dispositifs de Lutte contre la tuberculose.

### **Education thérapeutique du patient**

Redéployer les moyens identifiés en financement hospitalier sur des filles actives à plafonner, vers le financement de nouveaux programmes ou le renforcement de programmes existants répondant à une meilleure couverture de territoires et de pathologies, et la logique de complémentarité et d'accessibilité

## Offre en santé des jeunes et lutte contre les addictions

Cette fiche traite de l'offre en matière de santé des jeunes d'une part, et de celle en addictologie d'autre part.

Il s'agit de dispositifs d'accompagnement dont il convient d'améliorer l'accès et le recours en garantissant leur efficacité et en favorisant les coopérations.

### 1. Etat de l'offre en termes de dispositifs publics

En matière de santé des jeunes, on s'attache d'abord à décrire l'offre en matière de MDA : les Maisons des adolescents, MDA, accueillent les jeunes de 11/21 ou 25 ans et leurs parents, et se sont développées depuis 2005 avec un financement et un portage majoritaire par des établissements hospitaliers, sur la base d'un cahier des charges initial de 2010 puis de celui de 2016. Ce dernier précise les missions des MDA, et les inscrit dans une démarche globale de promotion de la santé. Les 13 MDA franciliennes se répartissent ainsi : 4 départements en comptent chacun une (L'Essonne, les Hauts de Seine, la Seine et Marne, le Val de Marne), 3 départements comptent chacun 2 MDA (Paris, les Yvelines, le Val d'Oise) un département, la Seine St Denis, compte 3 MDA. Cependant, des zones non couvertes persistent, notamment en Seine et Marne, Hauts de Seine et Seine Saint Denis. De ce fait, en 2017 a débuté une majoration des moyens alloués pour une extension de leur couverture avec des équipes mobiles et/ou des partenariats renforcés. En dehors de cette extension récente, les territoires de couverture des MDA franciliennes n'ont pas été modifiés depuis leur création.

En matière d'addictions, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'Île-de-France compte 70 CSAPA (35 CSAPA généralistes, 19 CSAPA spécialisés Alcool, 16 CSAPA spécialisés Drogues illicites) pour une file active régionale totale d'environ 46 000 patients en 2016. Ces CSAPA exercent leurs missions et prestations en ambulatoire et/ou en soin résidentiel (en appartement thérapeutique ou en centre thérapeutique résidentiel soit 305 places au total). 36 CJC sont adossées à des CSAPA et implantées sur plus de 85 points d'accueil (ces données CJC seront consolidées en 2018).

L'Île-de-France compte 20 CAARUD pour une file active régionale totale d'environ 19 610 usagers en 2016. Cela représente près de 245 000 passages dans les structures (site principaux, antennes, unités mobiles...). Les CAARUD exercent leurs missions en ambulatoire.

La répartition territoriale de l'offre médico-sociale en addictologie est hétérogène selon les départements franciliens.

L'offre hospitalière francilienne en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par :

- 50 ELSA (équipe de liaison et de soin en addictologie)
- 59 consultations d'addictologie, parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes
- 7 unités de sevrage simple
- 3 HDJA (hôpital de jour en addictologie)
- 11 unités de sevrage complexe
- 4 soins de suite et de réadaptation
- 5 unités de recherche

*Ces données seront consolidées courant 2018 au regard des résultats de l'enquête d'addictologie hospitalière.*

## 2. Eléments de caractérisation du besoin

### 1) Besoins en matière de santé des jeunes

La caractérisation des besoins des jeunes s'effectue selon une logique essentiellement populationnelle. Adolescents et jeunes adultes se disent souvent en bonne santé et sont, de ce fait, fréquemment éloignés des services de santé. Cependant, la moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans et 70 % se déclareraient avant l'âge de 25 ans. Par ailleurs, en 2010, près de 2 % des femmes et 0,4 % des hommes de 15-19 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. En outre, environ 44 % des adolescents recherchent des informations sur la sexualité sur Internet sans toujours les compléter par un dialogue direct avec un adulte, professionnel ou non. Enfin, en 2014, seulement 8,0 % des adolescents français âgés de 17 ans n'ont expérimenté ni consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis.

Un travail de caractérisation des besoins plus précis a été réalisé en 2016 et 2017 par l'ORS.

Le choix fait est d'axer la réponse sur les problématiques en lien avec la santé mentale, la santé sexuelle et la précocité d'expérimentation et consommation de substances psychoactives. Nous ne retenons pas les autres problématiques qui peuvent être traitées ailleurs dans le PRS.

### 2) Personnes confrontées à des conduites addictives

L'Île-de-France est fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) et la persistance de celles-ci avec notamment une augmentation de la consommation régulière féminine de cannabis et de la poly-consommation (poly-consommations qui se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité).

- Des expérimentations inquiétantes en diminution sur certaines substances : alcool, tabac mais plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis et la cocaïne,
- Le rapprochement progressif mais certain des comportements masculins et féminins,
- Des problématiques s'inscrivant dans le cadre de la transition épidémiologique (prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, prévalence élevée de l'hépatite C chez les usagers de drogues notamment par voie intraveineuse, vieillissement de la population, etc.),
- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques, notamment chez les jeunes (prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes),
- Une prévalence du tabagisme moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France mais des disparités entre les départements et des inégalités sociales de consommation de tabac.

Compte tenu des données épidémiologiques et des éléments de contexte d'évolution des conduites addictives (substances licites, illicites, addictions sans substance dont jeu problématique, jeu vidéo, internet, etc.), il apparaît que la réponse d'accompagnement spécialisée doit intégrer quatre axes : prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, soins. Cette offre doit être de proximité, adaptée, diversifiée, graduée, coordonnée et articulée entre le dispositif médico-social spécialisé (CAARUD, CSAPA dont CJC), hospitalier et de ville.

**Le bilan du PRS 1 montre notamment un renforcement de l'offre et retient en principales réalisations :**

- Une poursuite de la structuration de l'offre médico-sociale, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale avec le renforcement et la création d'antennes et de consultations avancées en CSAPA, d'équipes mobiles en CAARUD, la mise en place des « CSAPA référents » assurant par le biais d'un temps d'éducateur la continuité des soins en sortie de détention, etc. ;

- Une amélioration de la qualité des prestations et du service rendu avec le renforcement des compétences médicales (dont psychiatriques), psychologiques, sociales et éducatives, ou encore avec le développement de l'accompagnement des joueurs problématiques/pathologiques ;
- Un développement et une amélioration de la prévention, du repérage, de l'accueil et de l'accompagnement des jeunes ayant des conduites addictives, et de leur entourage, avec le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Les enjeux du PRS 2 sont notamment :

- Développer et organiser la prévention des conduites addictives :
  - Renforcer les actions de prévention,
  - Agir sur l'environnement et les comportements,
  - Identifier, promouvoir et développer des actions, individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées (promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce), adaptées aux publics concernées, qualifiées de probantes, reconnues et validées scientifiquement.
- Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages :
  - Développer une méthodologie clinique de la réduction des risques en CSAPA et en CAARUD, observant et prenant en compte les pratiques réelles des usagers ;
  - Développer des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC, VIH) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et inhalée.
- Assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives, quelle que soit sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.) et le moment de son parcours de vie et de soins.
  - Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CAARUD, CSAPA ambulatoires et résidentiels) quel que soit le territoire, l'accessibilité et les problèmes rencontrés par les personnes (substances illicites, licites, addictions comportementales comme le jeu pathologique, jeux vidéo, internet) ;
  - Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social, sanitaire pour assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs ;
  - Améliorer les prises en charges conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie ;
  - Améliorer la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s'assurer de la continuité des soins à l'arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral.

### 3. Nécessités d'évolution

**De façon générale, l'adaptation de la réponse aux besoins passe par une logique centrifuge de renforcement des équipements hors Paris et en direction de territoires à la fois socialement défavorisés et avec un déficit de dispositifs.**

**Santé des jeunes** : les besoins d'évolution doivent répondre à deux nécessités : assurer la couverture de l'ensemble du territoire régional en matière d'écoute et prise en charge psy de premier recours, la couverture MDA complète n'étant aujourd'hui pas réalisée ; et renforcer les moyens sur les territoires en plus fort besoin, ce besoin étant pour des raisons épidémiologiques très lié aux déterminants sociaux (pauvreté, éducation, trajectoire familiale) ou urbains (enclavement...)

**Addictions** : poursuivre la structuration et le renforcement du dispositif médicosocial et hospitalier en addictologie notamment dans un double objectif de rééquilibrage territorial de l'offre et de réduction des inégalités sociale de santé.

Avec les 70 CSAPA en Île de France, les besoins d'évolution portent non sur le nombre de structures, mais sur leur polyvalence, qui doit être étendue, et sur la convergence des prises en charge. Le CSAPA « généraliste » doit être positionné comme « centre ressources ». Il en est de même pour les CJC. Il existe cependant un besoin d'adapter et de renforcer l'offre en places de soin résidentiel **spécialisé pour les personnes ayant des conduites addictives soit en centre thérapeutique résidentiel et en appartement thérapeutique. Par ailleurs, la question de l'hébergement (mise à l'abri, urgence, stabilisation, etc.) des usagers actifs nécessite une réflexion et une concertation collective ; elle se pose même en terme d'évolution réglementaire pour les CAARUD.**

**Certains dispositifs doivent être d'orientation régionale.**

En matière de CAARUD, et plus généralement de réduction des risques et des dommages, les besoins sont situés sur la grande couronne pour l'essentiel.

Par ailleurs, l'importance de la réduction du tabagisme, impose un effort de la prise en charge du tabagisme par d'une part le déploiement des prescripteurs de traitement de substitut nicotinique et d'autre part par le développement et le renforcement des consultations de tabacologie, qu'elles soient en CSAPA, hospitalières ou de ville.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'Île de France compte 50 ELSA. La répartition territoriale de l'offre ELSA est hétérogène selon les départements franciliens.

Du fait de leurs interventions au niveau des services d'urgence et des liens travaillés avec les CSAPA, les ELSA constituent l'une des composantes principales du niveau 1 de l'addictologie hospitalière.

Sur la base de l'enquête nationale 2013 (Cf. instruction n° DGOS/R4/DGS/ MC2/127 du 28 mars 2013) et de ses actualisations régionales en 2015 et 2017, un travail de modélisation financière a été réalisé mettant en évidence la nécessité d'un renfort budgétaire de ces structures dont le chiffrage sera déterminé sur la base des données consolidées de l'enquête régionale 2017.

**Une consolidation des niveaux de reconnaissance de la filière addictologique de l'offre de soins, conformément aux textes en vigueur, est attendue en prenant en compte les besoins et l'organisation du territoire.**

### 4. Stratégie de réorientation des moyens et du pilotage retenue

#### **Santé des jeunes**

**Temporalité d'évolution** : Il est proposé de procéder en deux phases



Phase 1 (échéance fin 1<sup>er</sup> semestre 2019) :

- a) pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire en matière d'accès des jeunes à une écoute et une prise en charge psy, concentration de la totalité des mesures nouvelles relatives aux dispositifs dédiés (MDA- FIR, CJC, etc...) sur les territoires actuellement non pourvus, en priorisant les territoires en Politique de la Ville non dotés.
- b) Réalisation et validation d'un indice composite de besoins, et d'un état des lieux exhaustif des moyens et ressources, y compris celles ne relevant pas des dispositifs dédiés (ex : PAEJ)

Phase 2 : échéance fin 2022 : renforcement spécifique sur les territoires identifiés comme à fort besoin en lien avec l'indicateur retenu.

**Modalités d'évolution**

Il est proposé, sur chaque territoire, d'identifier les capacités de mobilisation des MDA stricto sensu, celles-ci ayant un rôle de pilotage territorial, mais aussi les capacités de mobilisation d'autres équipes susceptibles d'assurer des missions comparables. .

Pour les CJC, la démarche est celle du déploiement d'antennes dans les logiques de « aller-vers »

**Organisation territoriale :**

Renforcement du mode de fonctionnement actuel (accueil de premier niveau en proximité, structure de référence et de pilotage : MDA). Maintien du réseau actuel, avec convergence progressive vers les territoires de coordination infradépartementaux

**Addictions**

**Modalités d'évolution:**

L'objectif est d'établir dans chaque territoire, une offre complète en addictologie à la fois en types de structures, de professionnels formés et d'actions permettant de couvrir le parcours conduites addictives dans sa globalité.

Pour cela, il est nécessaire de définir et mettre en œuvre un « panier de services » pour les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage, incluant une offre de prévention, de repérage, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge diversifiée et de qualité.

La stratégie de structuration et de renforcement des CSAPA n'est pas tant sur l'implantation des structures mais plutôt sur leur capacité à répondre aux besoins au plus près des publics concernés (« aller vers ») et sur le renforcement du rôle des CSAPA comme « centre ressources »,

Le renforcement des consultations de tabacologie passera par la création de consultations dans les CSAPA et les établissements de santé, et le soutien à des consultations dans les structures regroupées. Ce renforcement se fera prioritairement sur les zones à forte mortalité pour les causes tabaco-dépendantes.

**Organisation territoriale :**

Convergence progressive du dispositif vers les territoires de coordination infradépartementaux.

La formalisation de coopération et la complémentarité des acteurs et des différents secteurs médico-sociaux, hospitaliers, de ville au niveau territorial sont à renforcer. Le travail en équipe pluridisciplinaire entre ce secteur médico-social et la médecine de ville doit être favorisé.

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie aussi sur l'amélioration de la visibilité de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie sur l'ensemble du territoire.



## Offre destinée aux personnes en situation de grande précarité

Les personnes sans abri ou en situation de précarité présentent souvent des problèmes sanitaires complexes résultant tant du fait qu'elles recourent peu aux services de médecine ou de prévention, que par l'absence de logement constituant un frein à l'accès aux soins.

De par leurs conditions de vie, les parcours chaotiques qu'elles ont pu connaître, de leurs problématiques sociales et psychologiques, les besoins de ces personnes sont à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La réponse doit donc se situer au carrefour de ces trois champs d'intervention et impose des savoirs faire particuliers au regard du fait que ces personnes expriment peu leurs besoins.

Dans ce contexte, des dispositifs de repérage, d'entrée et d'orientation dans le parcours de santé (PASS, EMPP) et des établissements médico-sociaux permettant d'assurer une prise en charge globale qui repose sur l'action concomitante des professionnels des trois champs ont été mis en place à destination de ces publics : il s'agit des lits haltes soins santé (LHSS), des lits d'accueil médicalisés (LAM) et des appartements de coordination thérapeutiques (ACT).

Offre spécifique « passerelle » vers le droit commun, la création de ces structures met en évidence la difficulté pour les établissements ou professionnels qui accueillent la population générale d'adapter leurs pratiques à des situations complexes qui nécessitent d'aller au devant des demandes et de répondre concomitamment à des difficultés sociales et de soins.

Si le PRAPS a vocation à garantir un accès égalitaire aux droits, aux soins, mais également à la prévention et la promotion de la santé pour les personnes précaires, pour les personnes les plus éloignées ou exclues, – et constitue en cela à la fois un programme et un levier d'actions –, il convient d'organiser les réponses à l'échelle des territoires, de les structurer, de les coordonner dans une logique de complémentarité d'intervention.

### 1. Concernant les PASS hospitalières :

- A leur création, les PASS avaient été envisagées comme un dispositif transitoire, interstitiels, ne devant ni se substituer aux autres offres de soins ni contribuer à créer un secteur spécialisé.
- Le déploiement réalisé en Île de France depuis les années deux mille, s'est donc opéré en fonction du volontariat des équipes, sans stratégie territoriale.
- Avec la création de l'ARS et dans le cadre des travaux de mise en oeuvre du premier PRAPS, la priorité a été donnée à rendre aux dispositifs déjà en place un fonctionnement plus homogène dans leur mode de fonctionnement, leur lisibilité, leur visibilité.
- Sont comptabilisées actuellement :
  - § 49 PASS généralistes
    - o dont 2 hors les murs de l'hôpital : Créteil[1] (94) et Pontoise (95)
    - o dont 1 avec une action mobile : maraudes dans le Bois de Boulogne /Ambroise Paré (92)
    - o dont 1 nouvelle PASS à l'Hôpital de Montereau (77)
      - § 13 PASS Spécialisées (positionnées d'une façon générale sur le territoire parisien les rendant ainsi plus faciles d'accès plus facile depuis l'ensemble de la région).
    - o 1 PASS spécialisée en dermatologie (à St. Louis, Paris)
    - o 4 PASS buccodentaires
    - o 6 PASS PSY (Financement DAF)
    - o 2 PASS ophtalmologiques

- Aujourd'hui, la pertinence des PASS des établissements de santé pour faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité est réaffirmée.
- L'implantation territoriale actuelle des PASS couvre relativement bien le territoire francilien et permet pour chacune d'elles un accès à des plateaux techniques de qualité et à des spécialités médicales. Mais, une analyse plus fine de leur répartition territoriale reste à faire, en tenant compte notamment des modalités d'accès en transports en commun, puisque les PASS parisiennes restent d'une façon générale les plus accessibles et donc les plus sollicitées.
- En revanche, il reste à travailler – et c'est l'objet du prochain PRAPS - sur :
  - o La généralisation d'une offre en médecine générale (certaines PASS dites transversales en restent encore dépourvues)
  - o L'articulation avec le secteur ambulatoire pour améliorer l'efficacité des parcours de santé (en considérant que les territoires de provenance des personnes peuvent dépasser la proximité locale)
  - o Le développement des PASS mobiles, pouvant apporter une réponse intéressante en cas de nécessité de proximité géographique.
    - En terme de projection dans les années à venir, il convient de considérer que si des formes de grande précarité émergent dans de nouveaux territoires, le pilotage des PASS devra conduire à un rééquilibrage géographique et fonctionnel en direction de ces éventuels besoins émergents.

## 2. Concernant les PASS ambulatoires :

- Il s'agit d'un dispositif expérimental mis en place dans le cadre du premier PRAPS pour compléter le dispositif des PASS hospitalières. Ici la PASS n'est pas adossée à un établissement de santé mais à un [1] Le Centre Médical de Santé fondé par l'association Créteil Solidarité est depuis mai 2015 financé par la MIG PASS, devenant officiellement ainsi PASS externe du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil. centre de santé ou un réseau de santé. Ce n'est pas une structure spécifique mais un mode d'organisation locale qui s'active entre acteurs (pharmacien, laboratoires, médecins généralistes, CPAM...) quand une personne démunie se présente sans couverture maladie ou avec une couverture partielle.
- 10 PASS ambulatoires sont actuellement installées dans la région (la plupart en Seine Saint-Denis : Montreuil, Blanc Mesnil, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve ; mais aussi Goussainville, RVH77, AVIH 77 et réseau 92 nord, et Ivry).
- Le bilan effectué en 2016 de cette expérimentation est positif avec notamment le maintien des suivis ambulatoires pour les usagers en situation administrative instable...
- La stratégie de l'Agence est donc de les développer, au rythme de quatre nouvelles installations par an.
- Le seul facteur limitant résidera sans doute dans l'identification de structures volontaires pour porter une opération qui s'adresse à des personnes très démunies, mais dont le financement issu de l'Agence ne couvre pas la totalité des frais de fonctionnement.

### 3. Concernant les missions lampes :

- Il s'agit là encore d'un dispositif expérimenté au cours du premier PRAPS
- L'objectif est de tester des modes d'organisation au sein des établissements de santé permettant de définir un projet de soin global et articulé avec la ville pour les personnes en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant d'aucune prise en charge médicale ambulatoire (avec des passages itératifs par les urgences...).
- On compte aujourd'hui six sites en cours d'expérimentation à Saint Denis, Montfermeil, Nanterre, Créteil, Meaux et Melun.
- Le devenir de ces expérimentations n'est encore statué. Le bilan est en cours de réalisation.
- D'ores et déjà, une boîte à outils (protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage...) a été formalisée, que l'Agence peut mettre à disposition des autres des établissements de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

### 4. Concernant les structures de soins résidentiels (ACT, LHSS, LAM) :

#### 4.1 : Etat de l'offre

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), prévus à l'article L.312-1, 9° du Code de l'action sociale et des familles, constituent des dispositifs de soins résidentiels.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais destinés à accueillir des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives..).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'Île-de-France compte 890 places autorisées d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

Les structures dénommées "Lits Halte Soins Santé" accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Les LHSS proposent et dispensent aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies. Un accompagnement social personnalisé est aussi mis en place.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'Île-de-France compte 383 places autorisées de Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Les structures dénommées "Lits d'Accueil Médicalisés" accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, l'Île-de-France compte 47 places autorisées de Lits d'Accueils Médicalisés (LAM).

Le bilan du PRS 1 montre notamment un renforcement de l'offre en soins résidentiels, avec :

- Un renforcement de l'offre en ACT sur la base de la réduction des inégalités sociales et territoriales et d'extensions non importantes avec la création de 119 places nouvelles ;
- La mise en place et le suivi d'une expérimentation d' « ACT pédiatriques » en oncopédiatrie ;
- Un renforcement de l'offre en LAM par le biais d'appels à projet pour la création d'une structure de 22 places implantée en Seine-Saint-Denis ;
- La création, par le biais d'appels à projet lancés en 2017, d'une structure dénommée LHSS de 25 places et d'une structure dénommée LAM de 25 places implantées toutes deux dans le val d'Oise.

L'objectif d'améliorer la connaissance de ces structures a été atteint avec l'élaboration, en concertation avec les gestionnaires et les professionnels concernés, d'un rapport d'activité standardisé annuel pour chacun des ESMS ACT, LHSS et LAM.

Une base de données régionale a été constituée ; elle est mise à jour et complétée chaque année avec l'exploitation et l'analyse des données ainsi transmises.

#### 4.2 : Éléments de caractérisation du besoin

La répartition territoriale des structures de soins résidentiels est hétérogène et inégale selon les départements. Les besoins sont croissants (augmentation des files actives entre 2013 et 2016) avec la montée de la précarité d'une part, des maladies chroniques chez les personnes exclues d'autre part, ce qui nécessite des installations spécialisées et parfois coûteuses (lits d'accueil médicalisés par exemple). Il existe un élargissement des besoins à couvrir par les ACT (initialement dédiés au VIH, désormais couvrant l'ensemble des pathologies chroniques sévères).

L'évolution des besoins est par ailleurs très dépendante de facteurs exogènes d'aval (fluidification des accès au logement ou à l'hébergement pérenne de droit commun). Un renforcement de tous les départements franciliens est donc prévu.

L'ARS Île-de-France, pour établir cette programmation ~~calendrier~~, s'est appuyée sur les besoins exprimés et sur un indice composite pondérant le taux de pauvreté monétaire, le taux d'équipement rapporté à la population couverte par la CMU-C, le taux d'équipement rapporté à la population couverte par l'AME et les cas individuels déclarés de certaines maladies à déclarations obligatoires (hépatites A et B, découvertes VIH, tuberculose...).

Au regard des besoins exprimés, de l'indice composite établi et des taux d'équipement départementaux actuels, il conviendrait qu'une quarantaine de places nouvelles en ACT soient créées par an afin d'atteindre l'objectif d'environ 1200 places autorisées à l'horizon 2022. Ceci correspond à l'évolution minimale du nombre de places nécessaire pour répondre à la tension exercée sur le dispositif.

La programmation ACT 2018-2022, prévoit un renforcement de l'offre, et pose en territoires prioritaires la Seine-Saint-Denis, les Yvelines, le Val-de-Marne, la Seine-et-Marne, l'Essonne, le Val-d'Oise, les départements de Paris et des Hauts de Seine disposant déjà d'une offre supérieure.

Pour les LAM, la programmation 2018-2022 prévoit également un renforcement de l'offre avec une estimation de 25 places nouvelles créées par an pour couvrir la totalité de la région, puis des extensions de places afin de renforcer l'offre existante.

Au regard de l'indice composite établi, les territoires définis comme prioritaires sont la Seine- Saint-Denis, le Val-de-Marne, l'Essonne et les Hauts-de-Seine, puis la Seine-et-Marne et les Yvelines et enfin Paris, le Val d'Oise.

Pour les LHSS, la programmation 2018-2022 prévoit aussi un renforcement de l'offre avec une estimation de 25 places nouvelles créées par an pour couvrir la totalité de la région et procéder ensuite par extension afin de renforcer l'offre existante.

Au regard de l'indice composite établi, les territoires définis comme prioritaires sont l'Essonne et les Yvelines, puis la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, le Val-d'Oise, la Seine-et-Marne et enfin les Hauts-de-Seine et Paris.

Il est à noter que le renforcement de l'offre en ACT, LHSS et LAM pourra prendre la forme d'appels à projet ou d'extension dans les conditions fixées par le code de l'action sociale et familiale.

#### 4.3 Stratégie de réorientation des moyens et du pilotage retenue

Concernant les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité, plusieurs objectifs sont poursuivis :

- Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire ou sans domicile et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social ;
- Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques addictives etc.) ;
- Favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et/ou psychologiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Avec la nécessité de parvenir à :

- Garantir l'accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité, sans domicile, et présentant des besoins spécifiques ;
- Améliorer les sorties du dispositif médico-social dédié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté ;
- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif.

Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Poursuivre la structuration et le développement de l'offre de structures de soins résidentiels sur le territoire francilien d'ici 2022, en tenant compte de l'évolution des profils, des pathologies et des besoins, en améliorant la couverture régionale/territoriale.
- Développer et renforcer les dispositifs de régulation et d'orientation. Développer la mise en place de guichet unique sur les départements qui n'en bénéficient pas encore. Et étendre ces guichets uniques à toutes les structures de soins résidentiels afin de réduire le nombre de dossier reçus ne relevant pas du secteur et de fluidifier le traitement des demandes et des entrées en structures.
- Améliorer les orientations à l'entrée et à la sortie des structures de soin résidentiel en développant des partenariats avec les structures sociales d'hébergement et les structures médico-sociales pour personnes âgées et personnes handicapées.
- Participer à la réflexion sur l'élaboration d'un SIAO régional qui permettra de fluidifier le parcours des personnes en ACT, LHSS et LAM vers d'autres structures de soins résidentiels ou des structures de droit commun (CHRS, ...).
- Inscrire les LAM, les LHSS et les ACT dans un réseau local partenarial sanitaire, médico-social, social (pratique du réseau de proximité) et améliorer la coordination des acteurs sur le territoire francilien en favorisant les partenariats entre les acteurs de différents champs (sanitaire, social, médico-social, addictologie, hébergement ...) pour notamment :
  - Organiser le parcours de vie et de soins des personnes malades et/ou ayant des conduites addictives, en situation de précarité et de vulnérabilité (approche globale, coordination du parcours de l'usager/patient/résident, articulation médico-social, sanitaire, social) ;
  - Favoriser l'élaboration et l'entretien d'une culture commune.

- Recenser et promouvoir les initiatives innovantes et les expérimentations : modes d'organisation et d'intervention, modalités de prise en charge, populations nécessitant une prise en charge adaptée, spécifique comme par exemple les usagers vieillissants, les personnes placées sous-main de justice, etc.
- Adapter le dispositif de prise en charge et de soins (ambulatoires et résidentiels) aux besoins et aux évolutions des consommations, (addictions sans substance, jeux pathologiques, troubles des conduites alimentaires, etc.), des profils des patients (usagers vieillissants), des modalités de prise en charge (accueil tout produit et tout degré d'usages, etc.) (programmes innovants et expérimentations).
- Poursuivre l'amélioration de la qualité du service rendu par notamment la diffusion de bonnes pratiques professionnelles, l'accès des professionnels d'ACT, LHSS et LAM à des formations en cohérence avec les évolutions de besoins, d'accompagnement comme les conduites addictives, la réduction des risques et des dommages (y compris alcool), l'accompagnement à la fin de vie, etc.
- Poursuivre les actions de communications (colloques, séminaire, groupes de travail, etc. ect.) afin de contribuer à l'amélioration de la visibilité des dispositifs de soins résidentiels.
- Intégrer les évolutions des modalités de pilotage et de gouvernance (objectifs populationnels ou territoriaux, regroupements d'opérateurs, actions « hors les murs » ou sous forme d'antennes, évolution des compétences, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ...).

## Réduction des inégalités d'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées

### Indice de dotation par population pondérée

L'IGB est un indicateur élaboré par la CNSA qui exprime un besoin (par la population pondérée). La création de cet indice a permis à la région Île-de-France de bénéficier de 32 millions d'euros de mesures nouvelles pendant la période du PRS 2.

Pour réaliser une priorisation des territoires au niveau régional, il était nécessaire de mettre en relation le besoin identifié avec les réponses qui y sont apportées actuellement (les équipements financés par l'ARS). La Direction de l'Autonomie a donc conduit une analyse à partir des financements par département et public (enfant et adulte), qui a permis d'identifier les départements prioritaires pour le développement d'une offre nouvelle, pour les publics adultes et enfants :

Adulte	ID_PP
92	0,75
93	0,84
75	0,84
95	1,02
94	1,05
77	1,15
78	1,16
91	1,39

Enfant	ID_PP
93	0,70
75	0,80
78	0,97
91	1,08
94	1,15
95	1,15
77	1,19
92	1,22

Concernant la population adulte, les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et de Paris sont apparus comme prioritaires.

Concernant la population enfant, les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et des Yvelines sont apparus comme prioritaires.

Ce travail premier de priorisation des territoires a amené un second travail de détermination d'une dotation cible pour chaque département par rapport au poids de sa population pondérée par l'IGB sur la population régionale, en vue de réduire les inégalités constatées. Deux principes ont été retenus concernant la répartition des mesures nouvelles :

- une répartition entre publics selon le poids de chaque public sur la population totale (65% adultes et 35% enfants)
- une répartition :
  - à hauteur de 80% de mesures nouvelles en fonction de l'importance de leur sous-dotation (montant à atteindre pour la dotation) pour les départements prioritaires ;
  - à hauteur de 20% des mesures nouvelles proportionnellement à leur sur-dotation pour les départements non prioritaires.

Les mesures nouvelles considérées pour la population adulte pour les 8 départements ont été communiquées aux délégations départementales de la manière suivante :



Département	ID-PP avant mesures nouvelles	Attribution de 65% des 32 millions de MN en fonction de la population pondérée (en M€)	ID-PP après mesures nouvelles
75	0,84	5,7	0,86
77	1,15	1	1,13
78	1,16	0,7	1,14
91	1,39	0,6	1,36
92	0,75	6	0,79
93	0,83	5	0,85
94	1,05	1	1,03
95	1,02	1	1

Les mesures nouvelles considérées pour la population enfant pour les 8 départements ont été communiquées aux délégations départementales de la manière suivante :

Enfants	ID-PP avant mesures nouvelles	Attribution de 35% des 32 millions de MN en fonction de la population pondérée (en M€)	ID-PP après mesures nouvelles
75	0,8	3,5	0,81
77	1,19	0,5	1,18
78	0,97	0,7	0,98
91	1,08	0,6	1,07
92	1,22	0,4	1,21
93	0,7	5	0,73
94	1,15	0,4	1,14
95	1,15	0,4	1,14

L'indice de dotation par population pondérée, avant et après attribution de mesures nouvelles, montre l'impact réel quoique modéré de cette méthode d'attribution de mesures nouvelles dans une optique de réduction des inégalités territoriales.

Pour guider les transformations de l'offre dans les territoires, l'indice de dotation par population pondéré a été appliqué en infra territoire, à l'échelle de l'ensemble des déficiences :

Déficience intellectuelle		Handicap psychique		Polyhandicap		TSA	
95	0,60	93	0,41	75	0,34	78	0,47
75	0,63	92	0,53	95	0,52	92	0,52
94	0,89	78	0,64	92	0,70	93	0,61
77	0,92	75	1,18	93	0,97	95	1,02
92	0,99	91	1,18	77	1,27	94	1,09
93	1,06	95	1,25	94	1,35	75	1,12
91	1,50	77	1,35	91	1,41	91	1,45
78	1,72	94	1,52	78	1,92	77	1,69

Cet indice sera utilisé dans le cadre des négociations CPOM et dans tous les projets départementaux de transformation de l'offre médico-sociale.



## Réduction des inégalités d'offre en santé destinée aux personnes âgées

### 1. Une nouvelle approche

L'organisation du parcours de santé des personnes âgées doit s'appuyer sur une offre territorialisée et décloisonnée pour permettre aux usagers d'accéder à une réponse graduée, tenant compte des spécificités liées à l'âge.

Par ailleurs, en application du principe premier porté par le Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, l'ARS s'est fixé un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins et à un accompagnement qui donc, dans le champ des personnes âgées, passe par un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre gérontologique dans les territoires. En effet, les niveaux d'équipements des départements sont issus de l'histoire, disparates et n'ont pas été pensés de manière globale.

Pour répondre à ces priorités, l'ARS construira désormais sa programmation médico-sociale à destination des personnes âgées en prenant en compte par territoire non seulement les dispositifs médico-sociaux existants mais également les dispositifs sanitaires ainsi que la réponse apportée en ville par les infirmiers libéraux.

Cette analyse qui permettra d'identifier des territoires globalement déficitaires ou fragiles, sera partagée avec les partenaires de l'Agence (et en premier lieu les Conseils départementaux) puisque, dans un contexte budgétaire contraint, ils bénéficieront prioritairement de la mobilisation des ressources financières humaines dont disposerait l'ARS.

Cette priorisation permettra d'informer les opérateurs des zones en tensions sur lesquelles une offre nouvelle est à développer, et de celles, mieux dotées, dans lesquelles seules des évolutions ou des transformations seront attendues et accompagnées. Elle permettra d'évaluer l'impact des actions conduites, chaque année et à l'issue du PRS.

### 2. Construire une méthode de priorisation des territoires

Afin de se détacher de l'indicateur habituellement utilisé des taux d'équipement, pas assez révélateur du niveau de service rendu aux populations, a été retenue une approche globale des besoins de la personne âgée par le biais de la création d'un indice composite, révélateur des besoins dans chaque territoire des populations très âgées, appréhendés par leur nombre pondéré par leurs besoins en soins et au titre de leur dépendance.

Cet indice a donc été composé pour un tiers de la population des 85 ans, pour un tiers des cas d'affections de longue durée (ALD) et pour un tiers des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), chacun d'entre eux étant pondéré par la projection régionale de la population à l'horizon 2030 (données INSEE).

Ces besoins ont été confrontés à la situation de l'offre de prise en charge, appréhendée au travers du total des dépenses d'assurance maladie du territoire mobilisées sur le parcours de santé de la personne âgée, soit la somme des dépenses du secteur sanitaire pour les Unités gériatrique aiguë (UGA), les USLD, les SSR gériatrique, l'hospitalisation à domicile, ajoutées aux dépenses du secteur médico-social (EHPAD, SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire), ainsi qu'à celles des actes infirmiers libéraux réalisés en ville.

Cette méthode permet de classer les territoires selon leur niveau de dépenses assurance maladie et d'identifier 4 territoires prioritaires dans lesquels sont identifiés des besoins de créations de places supplémentaires et 4 autres, globalement non prioritaires, dans lesquels le besoin est moins une création de places qu'une évolution de l'offre pour mieux répondre aux attentes nouvelles.

	Dépenses rapportées à l'indice composite	
<b>78</b>	3 598,10 €	0,79
<b>93</b>	3 948,29 €	0,87
<b>91</b>	4 117,04 €	0,91
<b>77</b>	4 207,76 €	0,93
<b>75</b>	4 884,33 €	1,07
<b>92</b>	4 954,31 €	1,09
<b>95</b>	5 050,89 €	1,11
<b>94</b>	5 087,05 €	1,12
	4 546,05 €	

Elle permet également pour l'ensemble des territoires d'identifier les secteurs les plus déficitaires, à renforcer soit avec des mesures nouvelles (territoires prioritaires) soit en accompagnant des restructurations (territoires prioritaires et non prioritaires) au profit de projets inclusifs et/ou innovants.

Cette appréciation des écarts de dépenses devra par ailleurs être prolongée par une analyse infra-départementale de ceux-ci.

	global	SSIAD	HAD	EHPAD	USLD	SSR Gé	UGA	IDEL
<b>75</b>	1,07	1,95	1,10	0,77	2,11	0,98	1,18	1,20
<b>77</b>	0,93	0,86	0,74	1,28	0,54	0,61	0,69	1,06
<b>78</b>	0,79	0,80	0,89	0,99	0,67	0,60	0,93	0,66
<b>91</b>	0,91	0,81	0,67	1,01	0,71	1,01	0,99	0,94
<b>92</b>	1,09	1,20	1,09	1,26	1,33	0,99	1,23	0,82
<b>93</b>	0,87	1,09	0,91	0,74	0,70	1,25	0,96	1,09
<b>94</b>	1,12	1,05	1,25	0,95	1,67	1,31	1,94	0,90
<b>95</b>	1,11	0,95	1,09	1,21	1,29	1,24	1,01	1,15

## Programmation de l'investissement en matière sanitaire et médico-sociale

L'Île-de-France dispose d'une offre de santé de qualité qui devra pouvoir évoluer face aux défis majeurs de notre système de santé : chronicisation des pathologies et perte d'autonomie, soutenabilité financière, démographie médicale, accès aux innovations et renforcement du rôle du patient.

**L'investissement en santé constitue un levier indispensable à la mise en œuvre de ces changements à venir et à la traduction opérationnelle des objectifs de l'ARS-IF définis dans son PRS.**

A cet égard, l'ARS-IF entend promouvoir **les investissements en santé** nécessaires à la poursuite de la **structuration de l'offre hospitalière francilienne en lien avec les autres acteurs du système de santé**, par la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) notamment, et ainsi au maintien de la capacité des établissements franciliens à répondre aux besoins de santé. L'ARS-IF encouragera également l'émergence de projets permettant la **transformation de l'offre de santé des territoires** de manière notamment à améliorer l'accès territorial aux soins, en particulier en ouvrant l'hôpital sur son territoire, en développant l'offre de soins ambulatoire et médico-sociale, en renforçant la logique de parcours et en accompagnant la révolution numérique en santé.

**I) Le volet hospitalier du schéma régional d'investissement en santé** devra être l'occasion d'apporter, dans les prochaines années, **une réponse globale et transversale aux nouveaux besoins de santé spécifiques de chacun des territoires**. Le périmètre de réflexion devra ainsi être élargi, de l'amont à l'aval des hospitalisations et en favorisant le recours à l'hospitalisation à domicile.

Ces dernières années, des investissements importants ont été réalisés et ont permis d'améliorer la qualité et l'efficacité du système hospitalier francilien. Sur la période du précédent projet régional de santé, **l'effort d'investissement des établissements publics de santé et ESPIC franciliens** a représenté en moyenne près d'**1 milliard d'euros par an** soit 5.7%<sup>61</sup> de leurs produits, en baisse de -6% sur la période. Ce repli a toutefois été porté par une **nette progression** (+32% sur la période 2013-2017) **des investissements réalisés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)** permettant à l'institution de revenir à un niveau d'investissement proche de la moyenne régionale<sup>62</sup>.

Malgré ces efforts, **les infrastructures hospitalières franciliennes restent vétustes**<sup>63</sup>, offrent pour partie des conditions de sécurité minimales pour les patients et les personnels, et devront faire l'objet d'investissements lourds, structurants et innovants pour garantir une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente.

Au-delà de la transformation stratégique de l'hôpital vers une prise en charge de plus en plus ambulatoire, plus en lien avec la ville, centrée sur les activités de recours et d'expertise, et plus intégrée, ces investissements devront permettre de **moderniser et d'adapter l'offre de premier recours**, et **structurer un parcours de santé pertinent** en coopération avec les offres de ville et médico-sociales.

La conception des **constructions neuves évolutives** plus en cohérence avec les exigences de développement durable seront ainsi privilégiées facilitant la mise en place des organisations et prises en charges de demain en

<sup>61</sup> L'intensité d'investissement rapporte les dépenses annuelles d'investissement au total des produits des établissements. L'intensité d'investissement régionale des EPS et ESPIC est passée de 6.2% en 2013 à 5.6% en 2017 (chiffre prévisionnel).

<sup>62</sup> Intensité d'investissement APHP = 5.4% en 2017 (RIA1).

<sup>63</sup> Le taux de vétusté comptable des bâtiments rapportant les amortissements cumulés à la valeur brute des immobilisations est passé de 53% en 2012 à 55% en 2016 pour les établissements publics de santé et ESPIC franciliens - source : Diamant.

renforçant l'accès aux innovations technologiques, numériques, métier ou organisationnelles, garantissant la sécurité des patients et résidents, optimisant la qualité de vie au travail.

L'ARS-IF veillera à diffuser les **critères et référentiels du COPERMO** dans le cadre des évaluations socio-économiques à mener afin de garantir la pertinence, l'efficacité et la soutenabilité de ces investissements. Par ailleurs, dans un objectif global d'amélioration de l'état de santé des Franciliens, ces investissements devront intégrer des objectifs liés à **l'ensemble des déterminants de la santé** qui ont un impact sur la santé physique, mentale et sociale des individus.

Pour ce faire, l'ARS-IF contribuera à faire émerger de **nouveaux modes de collaboration** en amenant les différentes parties prenantes - patient/usager/société civile, professionnel de santé, gestionnaire d'établissements de santé et médico-sociaux, entreprises privées, pouvoirs publics – à se concerter dans l'objectif collectif du meilleur résultat possible pour l'utilisateur optimisant ainsi le gain pour la collectivité dans son ensemble. Un urbanisme favorable à la santé de la population ainsi qu'une meilleure disponibilité et adéquation de l'offre de transports devront notamment pouvoir être intégrés dans les projets les plus structurants à réaliser et dont les impacts devront pouvoir être évalués.

Dans les prochaines années, la logique territoriale adoptée par l'ARS-IF conduira à privilégier les investissements concourant à la transformation de l'offre de santé prioritairement sur les territoires suivants :

- sur **le département de la Seine et Marne**, qui figure parmi les territoires les plus fragiles de la région Île-de-France, et qui doit poursuivre sa recomposition de l'offre des soins territoriale dans une logique d'attractivité et de réduction des inégalités de santé. La construction de la plateforme hospitalière du Santépôle de Melun ainsi que la restructuration du site de Fontainebleau du centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne sont d'ores et déjà engagées. Le nord du département devra concrétiser dans les prochaines années la réorganisation de son offre initiée en 2012.
- sur **le département des Hauts-de-Seine** qui devra poursuivre ses opérations de réorganisation de l'offre hospitalière dans une logique d'accessibilité et de recherche de coopérations et de partenariats afin de répondre aux besoins de santé de proximité de ses habitants. Deux opérations sont d'ores et déjà engagées avec la restructuration du site de St Cloud de l'Institut Curie et la restructuration de l'Institut Hospitalier Franco-Britannique. En outre, l'ARS-IF soutiendra le nécessaire relogement dans le nord des Hauts-de-Seine des secteurs d'hébergement en santé mentale aujourd'hui localisés dans le Val d'Oise de façon à répondre aux besoins de proximité de la population, des patients et de leur famille.
- sur **le département de Seine Saint Denis**, le plus défavorisé de la région Île de France et constituant à ce titre l'un des territoires prioritaires identifiés par l'ARS Île-de-France, où une recomposition hospitalière majeure entre offreurs publics devra être portée.
- sur **le sud du département du Val de Marne** où des investissements lourds sont incontournables afin de mettre en conformité les infrastructures hospitalières confrontées à des problématiques de sécurité incendie.
- sur **le département du Val d'Oise** devant faire face à de fortes inégalités territoriales et à une vétusté importante de ses infrastructures hospitalières.
- Le **département de Paris** compte quant à lui deux opérations majeures d'ores et déjà engagées : la restructuration du site de Paris de l'Institut Curie et la reconstruction du bâtiment du pôle universitaire des neurosciences du centre hospitalier de Sainte Anne.
- Le **département des Yvelines**, après une période de sous-investissement chronique, concrétisera, dans les prochaines années, un projet immobilier et de nouvelle offre de soins territoriale.

- Le **département de l'Essonne** réalisera une restructuration de son offre de soins publique sur le plateau de Saclay.

Eu égard aux fortes contraintes budgétaires pesant sur les établissements de santé, l'ARSIF conduira, dans les prochaines années, une politique renforcée de soutien à l'investissement. **500M€ sur 10 ans**, via notamment le FIR qui en sera un vecteur privilégié, **seront consacrés aux investissements les plus impactant pour les territoires**. Cette enveloppe devra permettre de préserver les capacités des établissements de santé franciliens à financer les investissements restructurants nécessaires à leur pérennité, malgré la nette dégradation de leur situation financière observée en 2017<sup>64</sup>.

**II) Le volet ambulatoire du schéma régional d'investissement en santé** devra permettre d'accompagner la transformation progressive du maillage territorial de l'offre en médecine de ville et ainsi **renforcer l'offre de soins ambulatoire** en particulier dans les territoires les plus en difficulté en terme de démographie médicale **en cohérence avec les autres acteurs du système de santé**. Le regroupement au sein de structures d'exercices pluri professionnelles attire de nombreux professionnels de santé et constitue également un objectif pour de nombreuses collectivités territoriales et institutions. Ce mode d'exercice constitue à la fois un lieu d'ancrage d'une offre supplémentaire de soins territoriale diversifiée et également un levier pour la qualité et la coordination des parcours de soins. Cependant, le rythme et la durée nécessaire à la création de Maisons de Santé Pluri professionnelles ne pourront suffire à sécuriser l'offre ambulatoire au regard des évolutions démographiques attendues. L'ARS-IF veillera donc à diversifier et développer également les soutiens aux autres formes d'exercice libéral en ville, notamment les cabinets de groupe.

Cette orientation rejoint l'une des grandes priorités du Plan national relatif à l'accès territorial aux soins visant à soutenir, tant en fonctionnement qu'en investissement, le développement des maisons de santé pluri professionnelles, des centres de santé médicaux ou polyvalents dont le parc existant au nombre de 220 structures en Île-de-France est particulièrement vétuste et de tous les autres modes d'exercice coordonné.

En effet, pour importante qu'elle soit, la montée en charge régulière et en progression des projets de création des maisons de santé pluri professionnelles en Île de France (une cinquantaine en 6 ans et autant en projet) ne permet pas de résoudre à elle seule les difficultés croissantes de l'offre de ville en Île-de-France. Cette relative inertie est en grande partie liée à l'incertitude et à la difficulté de financement de l'investissement dans une région dans laquelle le coût du foncier et des locaux est le plus élevé de France. Aussi, l'ARS-IF engagera une **démarche de soutien à l'investissement permettant à des collectivités locales ou des bailleurs sociaux de proposer des locaux à des tarifs de location incitatifs** à des équipes de professionnels de santé ayant un projet d'exercice collectif et coordonné. Cet accompagnement, effectif depuis la fin d'année 2017, à l'initiative de l'ARS-IF et de ses partenaires : URPS-ML, FNCS..., doit permettre d'accélérer le rythme de création de ces structures sur la période du projet régional de santé.

**Environ 50M€ seront ainsi consacrés sur les 5 années du projet régional de santé au développement de l'exercice coordonné en ville**. Le dispositif de soutien à l'investissement immobilier établi par l'ARS-IF participera au financement des dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension et la restructuration des structures d'exercice collectif et coordonné. Une attention particulière sera portée, dans l'examen des demandes, au projet de santé intégrant les organisations mises en place en matière de continuité des soins, d'accueil et de formation de stagiaires professionnels et d'exercice coordonné appuyé par un système d'information partagé. Par ailleurs, dans un objectif d'amélioration de l'accès territorial aux soins, l'ARS-IF

<sup>64</sup> Baisse importante de la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé franciliens qui s'établit en 2017 à 3% de leurs produits (divisée par deux pour les établissements publics de santé hors APHP et par trois pour l'APHP).

privilégiera les zones d'implantation qui rencontrent des difficultés particulières d'accès aux soins et/ou un risque de dégradation à terme mis en évidence par des éléments de diagnostics locaux.

**III) Le volet médico-social / soins de longue durée du schéma régional d'investissement en santé devra permettre la transformation de l'offre médico-sociale en lien avec les champs sanitaire et ambulatoire,** dans une optique d'intégration des technologies numériques et d'accessibilité aux soins des personnes à mobilité réduite quelque que soit leur âge. **200 à 250 M€ seront ainsi mobilisés au travers d'appels à candidature** durant les 5 années du projet régional de santé. Ces aides à l'investissement seront priorisées sur les opérations structurantes associant la transformation et le développement de l'offre, et privilégieront les opérateurs qui s'engagent dans des logiques de coopération et de rapprochement (intégration dans les GHT / GCSMS/ fusion).

Par ailleurs, les démarches d'investissement dans le champ médico-social devront intégrer l'accès systématique à la robotique et le déploiement de solution numérique aussi bien dans les établissements que dans les services à domicile, où les besoins de coordination des acteurs et de traçabilité sont majeurs

Le schéma régional d'investissement devra également impulser le développement des pharmacies à usage intérieur dans le champ médico-social, sous forme de GCSMS ou de GCS avec les établissements de santé. Il s'agit là d'un levier important d'efficience et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

## ANNEXE : GLOSSAIRE

Acronyme	Nom	Définition
3C	Centre de Coordination en Cancérologie	Le rôle du 3C est de vérifier que, dans chacun des établissements dont il s'occupe, tout se déroule au mieux pour le patient et que ses nouveaux droits sont respectés. Il doit, sur ces différents points, évaluer la satisfaction des patients mais aussi des personnels, et donner aux établissements des pistes d'amélioration.
ABM	Agence de la BioMédecine	
ACP	Anatomie et Cytologie Pathologiques	
ACReSS	Action Coordonnée Recherche en Services de Santé	
ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé	
ACT	Appartement de coordination thérapeutique	Les ACT proposent un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
AD	Auto Dialyse	
ADEME	Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie	
ADN	Acide DésoxyriboNucléique	
AIT	Accident Ischémique Transitoire	
AJA	Adolescents et Jeunes Adultes	
ALD	Affection de Longue Durée	
AM	Assurance Maladie	
AME	Aide Médicale d'Etat	L'AME s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Cette protection santé s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire.
AMP	Aide Médico-Psychologique	L'AMP aide les personnes à se laver, à s'habiller et à manger. Elle/il cherche à établir une relation individuelle et une communication par la parole ou par les gestes. Son rôle est aussi de les éveiller et de les distraire. La plupart des AMP travaille dans le secteur associatif privé ou dans la fonction publique territoriale ou hospitalière. Le diplôme d'AMP est devenu Assistant éducatif et social (AES) en 2017 et a fusionné avec celui des auxiliaires de vie sociale (AVS).
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance	
ANRS	Agence France REcherche Nord & Sud Sida-hiv Hépatites	L'ANRS, agence autonome de l'INSERM, a pour mission de fédérer, coordonner, animer et financer la recherche publique sur le VIH et les hépatites virales.
ANRU	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine	
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie	
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	
APS	Activités Physiques et Sportives	
ARS	Agence Régionale de Santé	



Acronyme	Nom	Définition
ARSIF	Agence Régionale de Santé d'Île-de-France	
ASE	Aide Sociale à l'Enfance	
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé	L'ASIP Santé est l'agence française de la santé numérique. Elle assure trois missions complémentaires : créer les conditions de l'essor de la e-santé ; conduire des projets d'envergure nationale ; déployer les usages en soutenant l'innovation.
ASV	Atelier Santé Ville	
AT	Appartement Thérapeutique	
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation	
ATL	Angioplastie TransLuminale	
AUMG	Assistant Universitaire de Médecine Générale	
AVC	Accident Vasculaire Cérébral	
AVESIAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé	
AVIH	Association Ville-Hôpital	
AVK	Anti-Vitamines K	
BAPU	Bureau d'Aide Pyschologique Universitaire	Le BAPU est un centre de consultation pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique.
Vaccin BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin	
BIJ	Bureau Information Jeunesse	Le BIJ est un lieu d'accueil, d'information et de documentation anonyme et gratuit pour les jeunes.
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues	Les CAARUD sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des usagers de drogues. Leurs missions sont les suivantes : -L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; - Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend : a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ; b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ; c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles ; - Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ; - La mise à disposition de matériel de prévention des infections ; - L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. -Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. -La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	Les CAMSP ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans.
CANPEDIF	CANcer Pédiatrie Île-de-France	
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins	



Acronyme	Nom	Définition
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel	Le CATTP est une structure de soins qui propose aux usagers en santé mentale des actions de soutien et thérapeutiques de groupe, visant à maintenir, ou favoriser, une existence autonome. Le CATTP propose des activités d'une demi-journée (ex : musique, peinture, expression corporelle, théâtre).
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale	
CCI	Commissions de Conciliations et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	
CDU	Commissions des Usagers	
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic	
CEIP	Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances	
CERREeSP	Centres d'Expertise et de Recherche Régionaux en Santé Publique	
CEESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté	
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public	
CFRTC	Centre Francilien de Ressources des Traumatés Crâniens	
CH	Centre Hospitalier	
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	
CIL	Correspondant Informatique et Libertés	
CIRE	Cellule d'Intervention en Région	
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs	Les CJC sont des dispositifs d'accueil et d'accompagnement pour les jeunes et leur entourage en questionnement et en difficulté avec des conduites addictives. Toutes les problématiques d'addiction peuvent être abordées dans ces lieux : l'usage d'alcool, de cannabis, de tabac, la pratique de jeux vidéo ou de l'utilisation d'Internet.
CLAT	Centre de Lutte contre la Tuberculose	
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer	
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination	
CLS	Contrats Locaux de Santé	Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour 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. Aussi, la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social
CLSM	Conseils Locaux de Santé Mentale	Les conseils locaux de santé mentale sont une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ils définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des

Acronyme	Nom	Définition
		aidants, des usagers et des habitants. Par ailleurs, ils participent à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale prévus par la LMSS. Ils constituent, lorsqu'ils existent, le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville.
CME	Commission Médicale d'Etablissement	
CMEI	Conseiller Médical en Environnement Intérieur	
CMP	Centre Médico-Psychologique	Le CPM assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATT, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...).
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique	Les CMPP sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans
CMU	Couverture Maladie Universelle	
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire	
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale	
CO2	Dioxyde de Carbone	
COPERMO	COmité interministériel de PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins	
COFIL	Comité de Pilotage	
COREG	Comité REGional	
COREVIH	Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine	
COS	Cadre d'Orientation Stratégique	
COSSIS	Comité d'Orientation Stratégique des Systèmes d'Information de Santé	
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale	
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens	
CPP	Centre Périnatal de Proximité	
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	Les acteurs de santé d'un territoire peuvent se constituer en CPTS pour renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire.
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée	
CRIES	Comité Régional pour l'Information Economique et Sociale	
CRM	Customer Relationship Management (ou gestion de la relation client)	C'est un ensemble d'outils et de techniques destinés à enregistrer, traiter et analyser les informations relatives aux relations nouées avec différents acteurs afin de pouvoir optimiser les informations

Acronyme	Nom	Définition
		qui leurs sont proposées.
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels	
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie	
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux qui assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective.
CSP	Code de la Santé Publique	
CT	Computed Tomography (ou tomographie calculée)	Le CT-scan (Computed Tomography scan) est une technique d'imagerie médicale qui consiste à produire des images en coupes fines du corps à l'aide des rayons X.
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel	
CTS	Conseils Territoriaux de Santé	
CV	Charge Virale	
CVAC	Centre de VACCINATION	
CVS	Conseil de la Vie Sociale	
DAF	Dotation Annuelle de Financement	
DAI	Défibrillateur Automatique Implantable	
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires	
DC	Damage control (ou maîtrise des dégâts)	C'est une doctrine de soin consistant à prodiguer les soins minimum pour assurer la survie du patient sans chercher à s'occuper totalement de ses problèmes
DCC	Dossier communicant de Cancérologie	
DCIR	Datamart Consommation Inter Régimes	Le DCIR est une base de données de l'Assurance Maladie. Elle fait référence à l'ensemble des données individuelles des bénéficiaires de l'Assurance maladie.
DD	Délégation Départementale	
DEPART	DEterminants du risque de Perte d'Autonomie chez la peRsonne Agée non dépendanTe	
Mission LAMPES	Mission de Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Social	
DGD	Dotation Générale de Décentralisation	
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins	
DGS	Direction Générale de la Santé	
dispositif TREND-SINTES	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues - Système d'Identification National des Toxiques Et Substances	Le dispositif TREND a pour objectif de suivre les phénomènes émergents liés aux consommations de drogues. Le dispositif SINTES vise à apporter une meilleure connaissance de la composition des drogues illicites circulant en France grâce à l'analyse en laboratoire de produits collectés auprès d'usagers.
Dispositif ORSAN	Dispositif "Organisation de la Réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles"	
dispositif Prescri'Forme		La DRJSCS d'Île-de-France et l'Agence Régionale de Santé (ARS) publient, dans le cadre du dispositif «Prescri'Forme», un cahier des charges pour la certification des structures proposant une pratique d'activité physique adaptée aux personnes souffrant d'affection de longue durée, d'hypertension artérielle ou d'obésité.
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence	
DMP	Dossier Médical Partagé	

Acronyme	Nom	Définition
DMS	Durée Moyenne de Sejour	
DO	Déclaration Obligatoire	
DP	Dialyse Péritonéale	
DPN	Diagnostic Prénatal	
DPO	Data Protection Officer	
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	
DRIEE	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement et de l'Energie	
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement	
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	
DTRF	Dispositif Territorial de Recherche et d'Informations	
ECN	Epreuve Classante Nationale	
EEG	ElectroEncéphaloGramme	
EHPAD	Etablissement d'Hebergement pour Personnes Agées Dépendantes	
EIG	Evenement Indésirable Grave	
EIS	Evaluation d'Impact sur la Santé	
ELCAPA	La cohorte ELderly CAnCer Patients (ou sujets âgés atteints de cancer)	La cohorte ELCAPA est une base de données sur le suivi standardisé du sujet âgé atteint de cancer comprenant le recueil de la survie globale, de la progression de la maladie, de la survie spécifique, de la réalisation du plan de traitement, des modifications du plan de traitement initial, de la perte d'autonomie, des toxicités et des hospitalisations. La cohorte se déploie en Île-de-France sur 19 centres et compte 3 000 patients.
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie	Les ELSA (niveau 1 addictologie hospitalière) sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'ES sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients; d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes; de développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi.
EML	Equipement Matériel Lourd	
EM-RR	Equipe Mobile de Rééducation Réadaptation	Ces équipes rassemblent des médecins spécialistes de rééducation et de réadaptation et/ou de gériatrie, ergothérapeutes, assistants sociaux, secrétaires. Ils évaluent, préconisent et orientent mais ne dispensent pas de soins.
EMS	Etablissement Médico-Social	
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs	
ENCMM	Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles	
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evenements	

Acronyme	Nom	Définition
	Indésirables liés aux Soins	
ENFAMS	enquête ENfants et FAMilles Sans logement	Samusocial de Paris. Enfams- Enfants et familles sans logement en Île-de-France. [En ligne] <a href="http://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf">www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf</a>
ENRS	Espaces Numériques Régionaux de Santé	
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses	
EPS	Education Pour la Santé	
ES	Etablissement de Santé	
ESMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux	
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif	
ETP	Education Thérapeutique du Patient	
Etude PAQUID		L'étude PAQUID (personne âgée quid) est une cohorte populationnelle constituée en 1988 pour suivre à très long terme 3 777 sujets âgés de 65 ans et plus dans 75 villes et villages de Gironde et de Dordogne ayant comme objectif de décrire l'évolution des fonctions cognitives afin d'identifier les signes prémonitoires et les facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et d'étudier la dépendance du sujet âgé, ses facteurs de risque et ses conséquences.
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé	
FDR	Facteur De Risque	
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne Privés lucratifs	
FHF	Fédération Hospitalière de France	
FIR	Fonds d'Intervention Régional	
FIV	Fécondation In Vitro	
FNCS	Fédération Nationale des Centres de Santé	
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires de Santé	
FRANCIM	FRANce Cancer Incidence et Mortalité	Le réseau FRANCIM a pour objectif de coordonner des travaux utilisant les données collectées par ses registres
Gcam	Gamma caméras	
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire	
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale	
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle	Ils sont destinés à favoriser la réinsertion sociale de personnes handicapées.
GHM	Groupe Homogène de Malades	
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire	
GIRCI	Groupement Interrégionaux pour la Recherche Clinique et l'Innovation	
GUP	Gestion Urbaine de Proximité	
HAD	Hospitalisation A Domicile	
HADR	Hospitalisation A Domicile de Rééducation	
HAD-R	Hospitalisation A Domicile de Réadaptation	

Acronyme	Nom	Définition
HAS	Haute Autorité de Santé	
Enquête "HBSC"	Enquête "Health Behaviour in School-aged Children"	C'est une enquête internationale réalisée sur 41 pays et mise en place par l'OMS. Elle collecte des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans .
HBV	Hépatite B Virus	
HC	Hospitalisation Complète	
HD	Hémodialyse en centre	
HDD	Dialyse à Domicile par Hémodialyse	
HdJ	Hôpital de Jour	
HDJA	Hôpital de Jour en Addictologie	
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées	
HPP	Hémorragie du PostPartum	
HPV	Vaccin contre le Papilloma Virus	
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes	
HTA	HyperTension Artérielle	
IAC	Insémination Artificielle intraConjugale	
ICC	Insuffisance Cardiaque Congestive	
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat	
IDEC	Infirmier Diplômé d'Etat de Coordination	
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral	
IDF	Île-de-France	
IDH	Indice de Développement Humain	
IdPP	Identifiant national de la Personne Physique	
IGB	Indice Global de Besoins	(voir p. 142)
IME	Institut Médico-Educatif	
INCa	Institut National du Cancer	
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé	
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	
IP	Intervention Précoce	
IRAPS	Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins	
IRC	Insuffisance Rénale Chronique	
IReSP	Institut de Recherche en Santé Publique	
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique	
IST	Infection Sexuellement Transmissible	
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé	
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse	
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés	
LAT	Lutte contre la tuberculose	
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale	
le dispositif OphDiat		Le dispositif régional de Télémedecine Ophdiat a pour objectif d'améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique.
les risques NRBC	les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques	
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité	

Acronyme	Nom	Définition
	Sociale	
LHSS	Lits Halte Soins Santé	Les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" mentionnés au 9o de l'article L. 312-1 accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs	
Loi ALUR	Loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové	
Loi NOTRe	Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République	
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie	
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée	
MCCM	Etude nationale sur les morts maternelles	
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique	
MDA	Maison Des Adolescents	Lieux ressources sur la santé et le bien-être des jeunes, les maisons des adolescents organisent l'accueil, l'orientation, la prise en charge et l'accompagnement des adolescents sur l'ensemble d'un territoire. Elles assurent par ailleurs l'accueil de l'entourage familial et apportent un soutien et une expertise aux professionnels intervenant dans le champ de l'adolescence. Elles se déplacent également au-devant des besoins des jeunes. Le pilotage du dispositif MDA est confié aux ARS
MDFT	Multidimensional Family Therapy ( <i>ou thérapie familiale multidimensionnelle</i> )	La MDFT est une approche thérapeutique intégrative qui s'adresse aux jeunes dépendant du cannabis et à leur famille.
MDPH	Maison Départemental des Personnes Handicapées	
MDR Tuberculosis	MultiDrug-Resistant tuberculosis ( <i>ou tuberculose multi-résistante</i> )	
MECSS	Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale	
MG	Médecin Généraliste	
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation	
MN	Mesure Nouvelle	
MP	Maladie de Parkinson	
MPR	Médecine Physique de Réadaptation	
NN	NéoNatalogie	
NPNRU	Nouveau Programme National de Rénovation Urbaine	
NRI	NeuroRadiologie Interventionnelle	
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques	
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies	
OGD	Observatoire Global de Dépenses	

Acronyme	Nom	Définition
OHB	Oxygénothérapie HyperBare	
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	
OQOS	Objectif Quantifié d'Offre de Soins	Les OQOS sont déterminés par territoire de santé selon les diverses activités de soins.
ORCoD-IN	Opération de Requalification des Copropriétés Dégradées d'Intérêt National	
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie	
ORRCI	Observatoire Régional de la Recherche Clinique et de l'Innovation	
ORS	Observatoire Régional de la Santé	
ORU	Opération de Rénovation Urbaine	
PA	Personnes Agées	
PAEJ	Point Accueil et Ecoute Jeunes	
Dispositif PAERPA	Dispositif "Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie"	Le Paerpa est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes et destiné à des personnes âgées de 75 ans et plus. Il a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne et pour cela, met en place une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours en lien avec les professionnels sociaux si besoin.
PAPRAPS	Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins	
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés	
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé	
PCPE	Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées	
PDS	Personnes Confrontées à des Difficultés Spécifiques	
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires	
PDSSES	Permanence des Soins en Etablissements de Santé	
PFIDASS	PlateForme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé	
PH	Personnes Handicapées	
PIMM	Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé	
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse	
Plateforme SequOIA	Plateforme SEQUencing, Omics, Information Analysis (ou plateforme génomique de Paris Région)	C'est une plateforme nationale de séquençage génomique très haut débit dont l'objectif est de séquencer 18 000 équivalents génomes par an en 2022 pour répondre aux besoins nationaux. Ce projet, porté par l'AP-HP, les instituts Curie et Gustave Roussy, a été sélectionné par le Ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre d'un appel à projet.
PM	Pace Maker	
PMA	Procréation Médicalement Assistée	
PMI	Protection Maternelle et Infantile	
PMND	Plan Maladies Neuro-Dégénérative	
PMO	Programme de Mise en Œuvre	
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information	
PNRT	Plan National de Réduction du	



Acronyme	Nom	Définition
	Tabagisme	
PNSE	Plan National de Santé Environnement	
PNSP	Plan National pour la Sécurité des Patients	
PPS	Programme Personnalisé de Soins	
PQ	Personne Qualifiée	La personne qualifiée informe et aide les usagers à faire valoir leurs droits, sollicite et signale aux autorités les difficultés ou éventuelles situations de maltraitance et assure un véritable rôle de médiation entre l'usager et l'établissement ou service.
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis	
PReP	PRophylaxie Pré-Exposition	La PReP est une stratégie de réduction du risque de contracter le VIH basée sur l'utilisation d'un médicament antirétroviral à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination.
PREPAD	PRogramme d'Exercices physiques adaptés à la Personne Agée à Domicile	
programme Maillage		MAILLAGE est un portail départemental des outils numériques à destination de tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées.
Programme PELLEAS	Programme d'Etude sur les Liens et L'impacts des Ecrans	
Projet RéMI	Projet de Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale	Il répond à l'enjeu de réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis et se décline en deux volets : un projet de recherche scientifique et un plan pluriannuel d'actions.
programme TAPAJ	Programme "Travail Alternatif Payé A la Journée"	Un dispositif d'insertion spécifique permettant aux jeunes en errance d'être rémunérés en fin de journée, pour une activité professionnelle qui ne nécessite pas de qualification ou d'expérience professionnelle particulière
projet FRIDA	Projet régional pour Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'avortement	
Projet RéMI	projet de Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale	
Propias	PROgramme de Prévention des Infections Associées aux Soins	
PRS	Projet Régional de Santé	
PRSE	Plan Régional Santé Environnement	
PRST	Plan Régional Santé au Travail	
Psycom		Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui	Pour faciliter l'organisation de parcours de santé complexe, les Agences régionales de santé mettent en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé, en vue du maintien à domicile.
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale	La politique de santé mentale repose sur l'élaboration d'un PTSM fondé sur un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier.
P2RT	Programme Régional de Réduction du Tabagisme	

Acronyme	Nom	Définition
PUI	Pharmacie à Usage Unique	
RAC	Réhabilitation Améliorée après Chirurgie	
RAD	Risque RaDiologique	
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin	
RCMI	Radiothérapie Conformationnelle en Modulation d'Intensité	
RCP	Reunion de Concertation Pluridisciplinaire	
RCP	Réunion Concertation Pluridisciplinaire	
RDRD	Réduction Des Risques et des Dommages	
REA	REAnimation	
RESAD	Réunion ou réseau d'évaluation de situations d'adultes en difficulté	Cellule de travail, souvent développée au sein des CLSM, visant à résoudre de manière interpartenariale des situations psychosociales complexes. Dans ce cadre, des règles déontologiques explicitées sur une charte assurent l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel ainsi que le respect des personnes et la recherche de l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant.
REVHO	Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie	
RIFHOP	Réseau d'Ile de France d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique	
RNIPP	Registre National de l'Identité des Personnes Physiques	
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources	Le ROR est le référentiel régional unique de description de l'offre de santé sur l'ensemble des champs d'activité (sanitaire, médico-social, ville).
RPIB	Repérage Précoce Intervention Brève	
RPPS	Repertoire Partagé des Professionnels de Santé	Le RPPS est le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues. A terme, il rassemblera tous les professionnels de santé.
RPSOF	Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien	
RSSI	Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information	
RU	Représentant des Usagers	
SA	Section d'analyse	
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	
SAMU	Service de l'Aide Médicale Urgente	
SAU	Service d'Accueil d'Urgence	
Savoir expérientiel		C'est le savoir développé par le patient qui doit vivre avec une maladie chronique.
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque	La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 43) autorise pour la première fois en

Acronyme	Nom	Définition
		France, l'expérimentation de SCMR, ou «espace de réduction des risques par usage supervisé», dans un double objectif de santé publique et de tranquillité publique. Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges national et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.
SEP	Sclérose En Plaque	
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins a Domicile	
SEV	Semaine Européenne de la Vaccination	
SFC	Société Française de Cardiologie	
SI	Système d'Informations	
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation	
SIG	Système d'Informations géographiques	
SINPATIC	Suivi INterprofessionnel des PATients atteints de Cancer	
SIR	Suivi Individuel Renforcé	
SIRS	Santé, Inégalités, Ruptures Sociales	
SLD	Soins de Longue Durée	
SMTI	Soins Médico-Techniques Importants	
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation	
SNIRAM	Système National d'Informations Interrégimes de l'Assurance Maladie	
SNSS	Stratégie Nationale de Santé Sexuelle	
SOLIPAM	SOLidarité PARis Maman	SOLIPAM regroupe les professionnels médicaux et sociaux d'Île de France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité faute de prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins.
SOTS	Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine	
SRS	Schéma Régional de Santé	
SSE	Santé Sécurité et Environnement	
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile	
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation	
SSRA	Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie	
SU	Structure des Urgences	
SULHI	Stratégie Urbaine de Lutte contre l'Habitat Indigne	
SUP	Structure des Urgences Pédiatriques	

Acronyme	Nom	Définition
système HYGIE		Un Projet statistique innovant qui a pour but d'étudier les relations entre la santé, le travail, la carrière professionnelle et les caractéristiques de l'entreprise
TAP	Temps d'Activités Périscolaires	
TasP	Treatment as Prévention	
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation	Implantation transcathéter d'une valve aortique
TC	Traumatisme Crânien	
TCA	Temps de Céphaline Active	
TDM	Tomodensitométrie	
TEMP	Tomoscintigraphie par Emission MonoPhotonique	
TEO	Télé médecine Obésité	
TEP	Tomographie par Emission de Positons	
TPE	Traitement Post Exposition	
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique	
TSA	Troubles du Spectre Austistique	
TSN	Traitement par Substitut Nicotinique / Traitement de Substitution Nicotinique	
Programme "TSN"	Programme Territoire de Soins Numérique	Avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, le programme TSN vise à faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients.
UAD	Unité d'Auto Dialyse	
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale	
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée	
ADELI	Automatisation Des Listes	ADELI est un système d'information national sur les professionnels de santé. Contenant des informations d'état civil, de situation professionnelle et d'activités exercées, un n° ADELI est jusqu'à ce jour attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux hors RPPS et leur sert de numéro de référence puisqu'il identifie chaque professionnel sur sa Carte de professionnel de santé. Il disparaît progressivement au profit du RPPS.
UGA	Unité Gériatrique Aigue	
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée	
UMD	Unité pour Malades Difficiles	
UNV	Unité NeuroVasculaire	
URC	Unité de Recherche Clinique	
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privées non lucratifs Sanitaires et Sociaux	
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé	
URPS-ML	Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins libéraux	
USC	Unité de Soins Continus	
USC	Unité de Surveillance Continue	

Acronyme	Nom	Définition
USCP	Unité de Surveillance Continue Pédiatrique	
USI	Unité de Soins Intensifs	
USIC	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie	
USIP	Unité de Soins Intensif Psychiatriques	
USLD	Unité de Soins de Longue Durée	
USP	Unité de Soins Palliatifs	
USPC	Unités de Soins Prolongés Complexes	
UTEP	Unité Transversale d'Education Thérapeutique	
VHC	Virus de l'Hépatite C	
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine	
XDR tuberculosis	eXtensively Drug-Resistant tuberculosis ( <i>ou tuberculose à bacilles ultra-résistants</i> )	



[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)



[@ars\\_IDF](https://twitter.com/ars_IDF)

Agence régionale de santé

IDF-2018-07-23-002

Arrêté n°2018-61 portant adoption du cadre d'orientation  
stratégique 2018-2027 du projet régional de santé  
d'Ile-de-France

**Arrêté n° 2018-61  
portant adoption du cadre d'orientation stratégique 2018-2027  
du projet régional de santé d'Ile-de-France**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

**Vu** le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-6; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

**Vu** le décret du 1er juillet 2015 portant nomination du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;

**Vu** l'avis de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs n°IDF-2018-03-09-004 du 9 mars 2018 ;

**Vu** l'avis rectificatif de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs spécial N°IDF-028-2018-0322 du 22 mars 2018 ;

**Vu** l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 29 mai 2018;

**Vu** les avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Paris en date du 28 mai 2018, des Yvelines en date du 19 juin 2018, de Seine-Saint-Denis en date du 3 mai 2018 , du Val-de-Marne en date du 1er juin 2018, du Val d'Oise en date du 20 juin 2018 ;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Seine-et-Marne, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine ;

**Vu** l'avis du préfet de la région Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 juillet 2018 ;

**Vu** l'avis du conseil régional d'Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 3 juillet 2018 ;

**Vu** les avis du conseil de Paris, siégeant en formation de conseil départemental, en date du 4 juillet 2018 ; du conseil départemental de Seine-et-Marne en date du 15 juin 2018 ; du conseil départemental de l'Essonne en date du 4 juin 2018 ; du conseil départemental de Seine-Saint-Denis en date du 28 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-de-Marne en date du 11 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-d'Oise en date du 25 mai 2018 ;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation du conseil départemental des Yvelines et du conseil départemental des Hauts-de-Seine ;

**Vu** les avis des communes de la région Ile-de-France dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

**Vu** l'avis du conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 avril 2018 ;



## ARRETE

### Article 1

Le cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé d'Île-de-France est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 10 ans.

### Article 2

Le cadre d'orientation stratégique d'Île-de-France est consultable sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France à l'adresse suivante : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

Il peut également être consulté au siège de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, 35 rue de la Gare à Paris ainsi que dans les délégations départementales :

Délégation départementale de Paris, 35 rue de la Gare à Paris ;

Délégation départementale de Seine-et-Marne, 49/51 avenue Thiers à Melun ;

Délégation départementale des Yvelines, 143 boulevard de la Reine à Versailles ;

Délégation départementale de l'Essonne, 6/8 rue Prométhée à Evry ;

Délégation départementale des Hauts-de-Seine, 55 avenue des Champs Pierreux à Nanterre ;

Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, 5/7 promenade Jean Rostand à Bobigny ;

Délégation départementale du Val-de-Marne – 25 chemin des Bassins à Créteil ;

Délégation départementale du Val-d'Oise - 2 avenue de la Palette à Cergy-Pontoise.

### Article 3

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Île-de-France

### Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication

Fait à Paris, le 23 juillet 2018

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France

**Signé**

Christophe DEVYS

**PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ  
2018 - 2022**

**ars**  
●● Agence Régionale de Santé  
Île-de-France



**AMÉLIORONS  
LA SANTÉ  
DES FRANCILIENS**

Horizon 2027

**CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE**

## TABLE DES MATIERES

<b>Première partie : atouts, contraintes et défis du système de santé en Île-de-France</b> .....	3
Une région capitale particulièrement marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé .....	3
Une région jeune et démographiquement dynamique, mais qui vieillit.....	3
La région la plus riche mais aussi la plus inégalitaire .....	4
Si la région est globalement en bonne santé, il existe des fragilités et des inégalités majeures .....	5
L'Île-de-France présente des caractéristiques particulières qui l'exposent plus que d'autres régions à des risques sanitaires et environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles.....	6
Une offre en santé francilienne présentant de nombreux atouts mais aussi des zones de fragilités importantes .....	7
Une offre en prévention diversifiée, liée à l'historique de certaines pathologies, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et à la mobilisation potentielle des acteurs. ....	7
Une offre ambulatoire avec de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques .....	9
Une offre hospitalière francilienne dense, diversifiée et en cours de transformation .....	10
Un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre médico-sociale qui doivent se poursuivre .....	12
Les produits de santé, un enjeu majeur pour la région Île-de-France .....	13
<b>Deuxième partie : où nous voulons être en 2027</b> .....	14
Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets .....	14
Deuxième principe : il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques .....	15
Troisième principe : l'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action .....	15
Un paysage sanitaire en évolution rapide .....	16
La méthode : transformation par les projets, co-construction, capacité d'adaptation.....	18
<b>Troisième partie : nos axes de transformation</b> .....	19
Axe de transformation n°1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires .....	19
Axe de transformation n°2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente .....	21
Axe de transformation n°3 : un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche .....	23
Axe de transformation n°4 : permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé.....	26
Axe de transformation n°5 : inscrire la santé dans toutes les politiques .....	28
<b>Quatrième partie : les conditions de la réussite : cinq programmes de mise en œuvre</b> .....	30
Programme transformation territoriale des organisations : développer des stratégies de promotion de la santé et construire les parcours au plus près des patients et des professionnels.....	30
Programme ressources humaines en santé : une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à 10 ans en partenariat avec les acteurs.....	30
Programme allocation des ressources financières : dégager des marges de manœuvre, mieux prioriser les financements.....	31
Programme production et traitement de données : les systèmes d'information au service des parcours et de la connaissance.....	32
Programme information et communication en santé : la communication intégrée comme levier à part entière de la mise en œuvre des politiques publiques.....	33

## **PREMIERE PARTIE : ATOUTS, CONTRAINTES ET DEFIS DU SYSTEME DE SANTE EN ÎLE-DE-FRANCE**

### Une région capitale particulièrement marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé

#### Une région jeune et démographiquement dynamique, mais qui vieillit

**L'Île-de-France est avant tout caractérisée par une forte concentration populationnelle et une croissance démographique soutenue.** La population francilienne s'élevait en 2013 à 12 millions d'habitants, soit 19% de la population française métropolitaine, sur 2% du territoire métropolitain. Cette population est concentrée : l'unité urbaine de Paris en regroupe 89%, pour seulement 27% de la surface de la région. La région a gagné en moyenne 60 000 habitants par an entre 2008 et 2013, soit +0,5% par an. L'augmentation de la population est globalement homogène en petite et en grande couronne mais Paris affiche une croissance bien plus faible que la moyenne régionale avec seulement 0,2%. Cette croissance de la population va se poursuivre. En 2030, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, l'Île-de-France devrait compter 12,7 millions d'habitants, soit six-cent mille de plus qu'en 2017 (+4,9%). Ce fort dynamisme démographique représente par lui-même un enjeu pour le système de santé. Son impact sera différencié selon les territoires puisque cette croissance sera faible à Paris, forte en Seine-Saint-Denis, dans les Hauts-de-Seine et dans l'Essonne, particulièrement importante en Seine-et-Marne. Elle concernera principalement les plus de 65 ans, qui représenteront environ les trois quarts de cette croissance, et la grande couronne.

**Les 4 départements de la grande couronne** (77, 78, 91 et 95) représentent 85% de la surface de notre région pour 45% de la population (5,5 millions d'habitants). Ils juxtaposent des zones urbaines, semi rurales et rurales. L'accroissement de leur population est rapide, porté notamment par les villes nouvelles (Marne-la-Vallée, Cergy-Pontoise, Evry, Melun-Sénart, St-Quentin-en-Yvelines, ...) avec une population plus jeune qu'au centre de la région.

**Paris** (2,2 millions d'habitants) **et les 3 départements de la petite couronne** (92, 93 et 94, soit 4,5 millions) se démarquent sensiblement. La densité de population y est très forte, les transports en commun plus accessibles. Les écarts d'indices de précarité sont très importants entre l'Ouest et l'Est, y compris sur Paris intra-muros (îlots de grande pauvreté dans les arrondissements du nord-est de Paris). La Seine-Saint-Denis occupe une place singulière. C'est le département le plus pauvre de la métropole (taux de chômage élevé, revenus des ménages faibles, ...), avec d'importantes disparités (des pôles économiques se renforcent). Le taux de fécondité est important, lui conférant une population jeune avec de nombreux immigrés et étrangers.

**Cette augmentation se fera de manière hétérogène selon les territoires**, conduisant à des variations importantes résultant notamment de l'impact des grands projets d'urbanisme dans le cadre du Grand Paris, qui redéfinira les territoires sous deux aspects :

- **Au plan institutionnel**, la dynamique métropolitaine se poursuivra, sous une forme qui reste à déterminer. Il pourrait en résulter des capacités accrues de redistribution et une amélioration de la coordination des politiques publiques.
- **Au plan géographique**, l'infrastructure de transport du Grand Paris express, ambitieux projet de métro



automatique en rocade autour de Paris. Le calendrier actuel prévoit l'ouverture de la quasi-intégralité des lignes nouvelles sur la durée du PRS, dès 2022 s'agissant de la ligne 15 sud qui relie le pont de Sèvres à Noisy-Champs. Cette infrastructure modifiera la physionomie des déplacements, qui deviendront beaucoup plus aisés de banlieue à banlieue. Elle renforcera également certains pôles urbains, qui sont appelés à concentrer les investissements immobiliers et la croissance de la population. Ainsi le Grand Paris du logement, concernera tout particulièrement la petite couronne et le début de la grande couronne, ce qui nécessitera une analyse fine des impacts sur l'offre de santé. On devrait observer une forte polarisation de la croissance démographique, de nouveaux espaces résidentiels et mixtes, des pôles d'emplois et d'activités, des opérations d'aménagement d'envergure, sur des pôles de développement.

Anticiper ces évolutions territoriales, et plus largement veiller à ce que ce projet conduise à réduire non seulement les écarts de santé liés à l'accès au système de santé (accessibilité en transports en commun aux établissements de santé, repositionnement de l'offre de proximité, de l'offre médico-sociale, etc.), mais aussi ceux relatifs à l'organisation sociale et urbaine de la région sont à la fois des défis et des opportunités pour la politique de santé francilienne.

**L'Île-de-France est une région globalement jeune et présente un taux de fécondité plus élevé que la France métropolitaine, contribuant à près d'un quart des naissances du pays.** Cependant, dans le même temps, la population francilienne vieillit. Entre 2007 et 2013, le nombre de personnes très âgées (85 ans ou plus) a augmenté de 31%. Cette évolution tend à s'accélérer dans les projections démographiques actuelles. Dans le scénario tendanciel, la croissance des Franciliens de 85 ans est de plus en plus forte : l'évolution relative est de +14,4 % sur la période 2017-2022 et de 19,3% sur la période 2022-2030. Là aussi, elle est variable selon les départements, les perspectives de vieillissement étant plus fortes en grande couronne.

### La région la plus riche mais aussi la plus inégalitaire

**Son produit intérieur brut représente environ 31% de la richesse nationale et près de 4% de celui de l'Union Européenne.** Avec 1 865 euros par mois, le revenu disponible médian par habitant en 2013 est le plus élevé de l'ensemble des régions de France métropolitaine.

**Cependant, les inégalités socio-économiques sont particulièrement importantes en Île-de-France.** En 2013, le taux de pauvreté en Île-de-France s'élève à 15,4 % ce qui est supérieur à la valeur de la France métropolitaine (14,5%). Il est caractérisé par de fortes disparités territoriales : il atteint jusqu'à 27,8 % en Seine-Saint-Denis contre 11,4 % en Seine-et-Marne.

**Certaines populations sont ainsi tout particulièrement frappées par des difficultés spécifiques :** précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs, difficultés de logement ou insalubrité, exposition au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination.

**La présence en Île-de-France d'une population migrante importante,** dont les caractéristiques évoluent en fonction des besoins économiques de la région, mais aussi de la situation géopolitique internationale constitue à la fois une richesse et une source d'inégalités sociales majeure.

**Ces inégalités sociales franciliennes déterminent des inégalités territoriales majeures.** L'indice de développement humain IDH-2, combinant trois variables (santé, éducation et revenu médian) révèle les écarts entre

un «grand» sud-ouest favorisé et une partie nord-est, moins étendue et plus centrale, qui concentre les valeurs les plus basses de l'IDH-2.

### **Si la région est globalement en bonne santé, il existe des fragilités et des inégalités majeures**

**On vit en moyenne plus vieux dans la région que dans le reste de la France.** Avec une espérance de vie à la naissance de 85,9 ans chez les femmes et 80,8 ans chez les hommes en 2014, l'Île-de-France se caractérise par une espérance de vie moyenne supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain (85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes).

**On observe en Île-de-France une mortalité inférieure à celle de la France,** toutes causes de mortalité confondues, et en particulier chez les hommes pour ce qui concerne la mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancers. A l'inverse on relève une surmortalité par cancer du poumon chez les Franciliennes.

**Le taux de mortalité infantile régional,** lissé sur 2013-2015, s'élève à 3,78 ‰, et est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (3,36 ‰). Ce taux varie de 3,10 ‰ dans les Yvelines à 4,76‰ en Seine-Saint-Denis (taux lissé 2013-2015), et il est possible que d'autres zones de surmortalité infantile soient en cours de constitution.

**La région est fortement frappée par le VIH, les hépatites et la tuberculose ainsi que les conduites addictives.** Le VIH est globalement en recul mais la région francilienne est toujours la plus touchée de métropole. L'Île-de-France est l'une des régions où le nombre de bénéficiaires d'une prise en charge pour hépatite chronique C est le plus élevé. Plus du tiers des cas de tuberculose déclarés en France sont des cas franciliens.

**L'intrication entre inégalités sociales et inégalités territoriales se traduit de façon très marquée en termes de santé.** On vit en moyenne deux ans plus vieux dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Les écarts entre les cantons les plus favorisés et les cantons les plus défavorisés atteignent jusqu'à 8 ans chez les hommes. La prévalence de l'obésité est deux fois plus importante dans les quartiers prioritaires que dans les autres quartiers. La distribution géographique des nouvelles admissions en longue maladie pour le diabète montre la plus forte densité de cas dans les zones les plus défavorisées.

Par ailleurs, **un certain nombre d'enjeux franciliens spécifiques ont un impact fort sur la santé publique.**

**Les inégalités en termes d'éducation** se répercutent sur la santé et cela s'observe aussi en Île-de-France. Les jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation initiale ou continue sont en moins bonne santé que les jeunes de la population générale. Ils ont plus fréquemment une maladie chronique, un problème de surpoids, ou d'obésité, ou un problème de dépression.

**L'habitat indigne sous ses différentes formes** et plus généralement l'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus générateurs d'inégalités de santé somatique et psychique. Par ailleurs, l'Île-de-France est l'une des régions où la densité de cet habitat semble la plus importante, si l'on s'en réfère aux données sur le saturnisme ou à la proportion du parc potentiellement indigne au sein du parc privé. Ainsi, 4,4% de parc privé francilien est potentiellement indigne et 3,5% des demandes de logements sociaux seraient motivées par cet état de fait. L'Île-de-France concentre, par ailleurs, le tiers de cas de saturnisme dépistés au niveau national. L'habitat dégradé concerne des populations socialement vulnérables, et les effets de l'exposition à cet habitat se cumulent avec d'autres déterminants d'inégalités. Le phénomène de la sur-occupation des

logements est majeur, et impacte notamment la santé psychique de l'adulte et de l'enfant.

La répartition spatiale de cet habitat conduit, par ailleurs, à l'aggravation des inégalités territoriales de santé et de la ségrégation urbaine caractéristiques de notre région. Ces difficultés se traduisent également par le nombre important de quartiers franciliens en politique de la Ville, et surtout par la forte polarisation des grands programmes de renouvellement urbain sur 59 sites franciliens caractérisés par des besoins de santé prioritaires, issus à la fois de la paupérisation de la population et de l'effet propre des dysfonctionnements de ces quartiers.

Ce phénomène signifie que certains territoires franciliens sont à la fois, en difficultés sociales, enclavés par des carences en transport ou des coupures urbaines, présentent des espaces publics dégradés, une absence d'offre locale de services.

**Il importe enfin d'identifier en Île-de-France deux phénomènes concourants mais distincts.** D'une part, il existe une forte concentration de la grande précarité, en particulier de la précarité et de l'exclusion liée aux difficultés de logement (chaque nuit, environ 40 000 personnes sont hébergées en hôtel par l'Etat : cette précarité entraîne des risques et des freins spécifiques dans l'accès aux soins). D'autre part, il existe un gradient d'inégalités, qui se traduit en particulier par des rapports inter-déciles de revenus très importants. Ces inégalités d'exposition à des déterminants entraînent des inégalités de santé qui traversent l'ensemble des classes sociales. On observe ainsi des différences sociales pour l'espérance de vie à la naissance, pour l'espérance de vie en bonne santé, pour la consommation de soins, dans la santé déclarée, dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Les différences d'espérance de vie se doublent par des différences d'incapacité : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé.

### **L'Île-de-France présente des caractéristiques particulières qui l'exposent plus que d'autres régions à des risques sanitaires et environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles**

**La région est au cœur des mouvements d'échanges internationaux,** avec les deux principaux aéroports internationaux français. Elle est la principale frontière française avec les pays à risque sanitaire infectieux à la fois avec les pays de l'hémisphère Sud et avec les pays européens et d'Amérique du Nord. Les mouvements de population, quels que soient les motifs, conduisent à une continuité de problématiques entre les enjeux épidémiologiques internationaux et les enjeux régionaux. Ces enjeux sont renforcés par le positionnement majeur du système de santé francilien dans la lutte contre les épidémies. L'arrivée sur le territoire régional de migrants et réfugiés nécessite, par ailleurs, une prise en charge sanitaire le plus en amont possible pour traiter les problèmes somatiques et psychiques spécifiques.

**Son statut de « région capitale » l'expose plus que d'autres** à des actes de nature intentionnelle ou terroristes, dont les conséquences potentielles sont majorées par l'importance de la population et des infrastructures à caractère national.

La forte densité de la population, l'organisation économique qui génère de très nombreux mouvements pendulaires quotidiens, créent des **conditions spécifiques susceptibles d'augmenter et d'aggraver la plupart des risques identifiés**, parmi lesquels :

- Les risques liés aux transports et aux réseaux souterrains : plateformes aéroportuaires internationales, voies ferrées et gares, accidentologie routière et transport de matières dangereuses notamment.
- Le risque infectieux épidémique est lui-même majoré par la fréquence des contacts quotidiens au sein des populations; ces aspects concernent en priorité les affections à microorganismes émergent, en particulier

lorsqu'elles présentent un risque de transmission respiratoire, mais également les bactéries multi résistantes. La région est en outre confrontée à une surreprésentation de la tuberculose. Les nombreux échanges internationaux et le positionnement des deux principaux aéroports nécessitent d'avoir une sensibilité particulière par rapport aux dispositifs de surveillance des pathologies émergentes

Par ailleurs, en lien avec la forte densité de population, la forte activité francilienne en termes de prises en charge hospitalière, médico-sociale et ambulatoire entraîne *de facto* un risque majoré de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. Pour surveiller mais également pour contribuer à la gestion de ces risques sanitaires, la région dispose d'une importante capacité d'expertise et de prise en charge dans l'ensemble des domaines (risques infectieux, iatrogénie médicamenteuse...) mais dont le développement demeure un enjeu au regard notamment des risques émergents.

**La région francilienne présente enfin des risques sanitaires spécifiques** liés à la pollution de l'air, à l'insalubrité des logements et à la pollution des sites et des sols. L'activité industrielle passée et actuelle associée à une forte pression foncière entraîne de nombreuses situations d'exposition de riverains aux sites et sols pollués. **La région francilienne présente une fréquence particulièrement élevée de certains risques environnementaux liés à la forte densité de population** (pollution de l'air, exposition au bruit) comme cela est détaillé dans le diagnostic du troisième plan régional santé-environnement (PRSE 3), **à la pression immobilière et foncière ainsi qu'au passé industriel de la région** (proportion élevée de logements insalubres, nombre important de sites pollués). Par ailleurs, cette forte densité de population et le rôle central de la région dans les transits de population rend particulièrement sensible la problématique de la qualité de l'eau, de la **dissémination des agents vecteurs de pathologies** (particulièrement arboviroses) et autres espèces animales ou végétales nuisibles pour la santé publique. La lutte anti-vectorielle est ainsi l'un des enjeux majeurs du PRSE 3.

## Une offre en santé francilienne présentant de nombreux atouts mais aussi des zones de fragilités importantes

### Une offre en prévention diversifiée, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et au potentiel de mobilisation

Il existe en Île-de-France des dispositifs de prévention individuelle denses mais mal répartis sur le territoire et dans certains cas insuffisamment coordonnés avec le reste du système de soins et des programmes de prévention collective et communautaires diversifiés mais dont l'amplitude ou la répartition des moyens ne répondent pas encore aux besoins créés par les inégalités territoriales de santé et aux capacités des nombreux acteurs locaux.

L'offre en établissements de prise en charge médico-psychosociale en direction des personnes présentant des conduites addictives ainsi que des personnes précaires atteintes de pathologies chroniques et invalidantes est à renforcer sur l'ensemble des territoires franciliens.

### La prévention individuelle

En matière de lutte contre la tuberculose, l'offre de prévention est adaptée aux territoires et diversifiée, notamment avec les équipes mobiles. L'enjeu est essentiellement l'adaptation des stratégies de dépistage à l'évolution de



l'épidémie.

Les taux d'adhésion de la population aux dépistages organisés des cancers présentent de forts contrastes selon les territoires. Cette problématique va s'inscrire dans le double cadre d'une régionalisation de la démarche, et de la prise en charge du nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

La politique de vaccination gratuite est également sujette à un processus de redéfinition approfondi, suite à un constat de grande hétérogénéité des dispositifs et pratiques, à l'insuffisante coordination et complémentarité des offres publiques et libérales. L'Île-de-France est, par la spécificité de ses risques populationnels et de son offre de formation, particulièrement impactée par les contingentements et pénuries successives de vaccins.

La prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, des Hépatites, des Infections sexuellement transmissibles ont bénéficié historiquement en Île-de-France d'une forte dotation en moyens. Cette situation est aujourd'hui confrontée à l'évolution des concepts par l'intégration de la dimension de santé sexuelle et des méthodes telle que l'émergence de la prévention diversifiée et de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la diversification des pratiques de dépistages. Le mouvement d'adaptation des implantations de structures à la dynamique de l'épidémie, engagé à l'occasion de la réforme des centres gratuits d'information et de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), doit se poursuivre.

La prise en charge des patients souffrant d'addiction s'appuie également sur un maillage dense et structuré, formé au premier chef par les centres de soins, de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ainsi que sur l'activité hospitalière (équipes de liaison, consultations spécialisées). Ce maillage, tout en maintenant les spécificités de la prise en charge médico-sociale qui le caractérise, pourrait être amené à évoluer en fonction des besoins et concentrer ses activités sur la prévention.

Enfin, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) restent marqués par une très forte concentration hospitalière qu'il convient de redéployer au plus près des populations et des territoires, au sein de l'ensemble des structures susceptibles de les accueillir. Cette évolution nécessite un profond processus de changement parmi l'ensemble des acteurs de santé et d'accompagnement social.

### **La prévention collective**

L'Île-de-France est marquée par une grande diversité des acteurs dans le champ de la prévention collective. Les collectivités locales sont souvent engagées, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé, très au-delà de leurs compétences obligatoires. Les associations sont également actives, qu'il s'agisse d'associations spécialisées citoyennes, ou de proximité.

L'efficacité de cette mobilisation est cependant obérée par deux phénomènes : d'une part, une répartition irrégulière sur le territoire régional, qui conduit à des inégalités de couverture en promotion de la santé, parfois à des zones blanches, d'autre part, une fragilité des moyens financiers mis en œuvre, à la fois en raison des contraintes liées à l'annualité budgétaire et aux ressources pouvant être mobilisées.

Deux points d'attention doivent être notés : d'une part, la nécessité de coupler l'adossement des programmes et actions aux référentiels existants de santé publique (par exemple dans le champ de la santé mentale ou de la santé

des jeunes), avec l'expression des besoins des territoires. D'autre part, l'intrication de plus en plus forte entre prévention collective, prévention individuelle, et prise en charge (accès aux soins et parcours de santé). Cette intrication est particulièrement importante dans les champs de la périnatalité, de la santé mentale, de la prise en charge du VIH. Elle est également décisive, dans le contexte francilien, pour les publics en situation de grande précarité concernés par le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

### Une offre ambulatoire présentant de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques

**En Île-de-France, la densité régionale en médecins généralistes tous modes d'exercices confondus est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat est plus particulièrement marqué concernant les médecins libéraux et/ou en exercice mixte installés** avec une densité de 79 pour 100 000 habitants au 31 décembre 2015, ce qui situe la région au deuxième rang des régions les moins dotées, la densité France entière étant de 93 pour 100 000 habitants. Cette densité ne cesse de décroître régulièrement depuis 2012, et présente de fortes disparités infra territoriales (densité sur Paris de 110 pour 100 000 habitants contre 66 en Seine-Saint-Denis). Enfin, la part des omnipraticiens de plus de 60 ans augmente significativement ; elle est passée de 27% en 2010 à 43% en 2015. Ces caractéristiques expliquent que la région soit, aujourd'hui, celle qui connaît les difficultés les plus importantes de France métropolitaine, ce dont témoigne le classement de 76,3 % de la population en zone sous-dense faisant l'objet d'un soutien à la démographie médicale. Ces difficultés se maintiendront à moyen terme puisque les projections portant sur le nombre et la densité de médecins prévoient, à l'échelle nationale, un rebond aux environs de 2025. Le vieillissement de la population professionnelle est, en partie, compensé par l'installation de praticiens à diplômes étrangers. Par ailleurs, l'entrée dans l'exercice tend à se faire de plus en plus sous forme salariée.

**A contrario, la densité des médecins spécialistes, tous modes d'exercices confondus, est plus forte dans la région que sur l'ensemble de la France métropolitaine, et ces effectifs sont en augmentation, même si ce constat doit être nuancé en fonction des modes d'exercice et spécialités.** Là aussi, les inégalités territoriales sont fortes et suivent un mouvement de polarisation : les départements déjà les mieux dotés ont vu leur densité en spécialistes croître le plus fortement au cours des 5 dernières années, tous modes confondus.

**S'agissant des odontologistes**, 8627 exerçaient tous modes d'exercice confondus en Île-de-France au 1<sup>er</sup> janvier 2014, soit une réduction de 10% en 6 ans. 85% des praticiens ont un exercice libéral ou mixte, la densité étant inférieure de 5% à la moyenne nationale. Cette différence tient au nombre important, dans la région, d'établissements hospitaliers et de centres de santé où les praticiens sont salariés. La densité moyenne régionale est de 72 praticiens pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 63/100 000h. Mais les disparités territoriales sont extrêmes, allant de 136/100 000h à Paris intra-muros à 46/100 000h en Seine et Marne. Il n'y a pas, cependant, de corrélation stricte entre le renoncement aux soins dentaires, évoqué par 45% de la population, et les disparités d'implantations territoriales des praticiens.

Ces évolutions relatives aux professions médicales sont d'autant plus problématiques que, de façon générale, la densité est plus faible dans les territoires aux caractéristiques socio-économiques populationnelles dégradées. L'Agence régionale de santé a été conduite à privilégier les territoires les plus défavorisés dans les choix de géographie prioritaire pour les médecins, en s'appuyant sur une possibilité de déroger par rapport aux propositions nationales qui conduisaient à classer en zones prioritaires certaines communes plus riches. Elles ont également des impacts sur les pratiques, par exemple le recul de la visite à domicile pour les personnes dépendantes ou à faible mobilité (ces visites ont par exemple reculé de 7% à Paris entre 2013 et 2016). Cette situation conduit à agir, d'une

part sur la densité médicale, mais aussi sur le temps médical disponible en concentrant les médecins sur les tâches où ils ont une véritable valeur ajoutée, plutôt que sur des missions administratives ou sociales. Cela passe, entre autres, par le développement des outils de coordination et des structures d'exercice coordonné (centres et maisons de santé). Ces orientations sont dans la ligne de celles du programme national d'accès aux soins.

S'agissant des médecins spécialisés, la croissance régulière du nombre de professionnels pratiquant des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels, malgré une pratique avec tact et mesure au profit notamment des patients à faibles revenus, complique dans certains territoires l'accès des populations à revenus faibles ou moyens à certaines disciplines, y compris de recours direct.

**S'agissant des professions paramédicales, la densité régionale en infirmiers, bien qu'ayant enregistré une nette progression, est toujours inférieure à la densité nationale**, avec des difficultés persistantes dans les établissements pour personnes âgées et, s'agissant des infirmières libérales, dans le centre de la région. Par ailleurs, le nombre et la densité des psychomotriciens et, dans une moindre mesure, des ergothérapeutes ont fortement progressé.

Dans ce contexte, la structuration de l'offre de soins de ville évolue progressivement vers un développement des structures d'exercice collectif ou coordonné avec la création d'une cinquantaine de Maisons de santé pluri-professionnelles en Île-de-France depuis 2010 et la consolidation des centres de santé (225 polyvalents ou médicaux), auxquels s'ajoutent environ un millier de cabinets de groupes.

### **Une offre hospitalière francilienne dense, diversifiée et en cours de transformation**

**Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble de la région.** La taille et les statuts des établissements implantés en Île-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente environ un tiers des séjours en Île-de-France. Elle concentre également de très importantes ressources en termes de soins de recours (elle anime par exemple 11 filières de santé maladie rare sur les 23 du territoire national), de capacités de formation, de recherche, et de nombreux partenariats institutionnels ou industriels. Elle représente donc une concentration de ressources inégalée à l'échelle nationale mais également européenne. Pour autant, ses 12 groupes hospitaliers possèdent un véritable ancrage territorial.

Parallèlement, plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire, avec de forts contrastes territoriaux générateurs d'inégalités d'accès aux soins.

**Dans les quatre départements de la grande couronne** se sont développés des CH de grande taille (Sud Francilien, Pontoise, Versailles, Poissy, Jossigny, Argenteuil, ...) avec de gros volumes d'activités de proximité. Sur les 10 dernières années, leur équilibre recours/proximité a évolué vers le recours. Certains ont structuré une activité d'enseignement et de recherche clinique autour notamment des maladies dont les files actives sont les plus importantes. Quelques services ont ainsi conventionné avec leur Université, particulièrement dans l'Ouest de la région. Le secteur privé lucratif continue à se réorganiser, porté par les grands groupes de cliniques. Au-delà d'activités concurrentielles, des coopérations public-privé y ont vu le jour, parfois portées institutionnellement, parfois à l'initiative d'acteurs de terrain. Ces coopérations public-privé, plus ou moins informelles, tendent à réduire les taux de fuite en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) variables selon les territoires et les disciplines. La fragilité de la grande couronne porte essentiellement sur sa périphérie. Elle concerne tous les secteurs (ville et établissements) et les équipements (IRM par exemple). Les taux de vacance de postes de PH sont importants (urgences, anesthésie, imagerie, psychiatrie, pédiatrie, ...) et des zones à faible ou très faible

densité en médecine libérale, notamment en premier recours (MG, pédiatres) ou dans plusieurs spécialités de second recours, s'étendent. La situation devient critique pour les territoires impactés par une précarité sociale importante (indice IDH2), avec souvent des problématiques plus globales d'aménagement du territoire, de repli des services publics. Dans ce cadre, la plupart des grands CH de la grande couronne ont dû s'impliquer dans un rôle d'animation territoriale vis-à-vis des hôpitaux périphériques de ces territoires, avec des résultats et des niveaux d'implication divers. Les stratégies de groupe publiques progressent peu à peu, et la structuration des GHT y participe largement. Les liens ville-hôpital restent largement perfectibles.

**A Paris et en petite couronne**, l'offre est très dense. Les plateaux médicotéchniques y sont nombreux, souvent concurrentiels. L'AP-HP y exerce une zone d'influence très forte, conjuguant pour l'essentiel activités de proximité, de recours, voire de recours exceptionnel. Les établissements ESPIC, peu nombreux, connaissent une progression sensible d'activité en MCO. Les établissements privés à but lucratif poursuivent leur logique de concentration.

En Seine-Saint-Denis, une partie importante de la population est particulièrement concernée par l'accessibilité financière aux soins. La dispersion des plateaux techniques y est importante sur seulement 235 km<sup>2</sup>. Les établissements de santé y sont confrontés aux problématiques liées aux masses critiques d'activité, avec d'importantes fragilités en matière de recrutement des professionnels et d'investissements.

**La répartition des autorisations d'activité et d'équipements a évolué, en lien avec les orientations nationales, dans un objectif de renforcement de la qualité des prises en charge.** Ainsi à titre d'exemples, si les capacités de réanimation se sont concentrées, le nombre de sites autorisés passant de 76 à 70 sites sans fermeture de lits, les taux d'équipements matériels lourds ont progressé sur la durée du premier Projet régional de santé. Fin 2017, la région devrait atteindre les taux d'équipement recommandés par les plans nationaux relatifs à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou des pathologies cancéreuses. La coopération s'est par ailleurs largement développée avec notamment la création de 37 groupements de coopération sanitaire (GCS) depuis 2013 et de 15 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces groupements, et leurs partenaires ont vocation à améliorer considérablement l'efficacité de la réponse à la population.

**Concernant la sortie du patient le jour même de son intervention à l'hôpital - 54,2 % des actes chirurgicaux en Île-de-France ont été réalisés en ambulatoire en 2015.** Ce taux progresse chaque année et place la région au deuxième rang national. De la même manière, l'offre et les prises en charge en soins de suite et de réadaptation ont commencé à évoluer vers l'ambulatoire. Ce qui est parfois appelé le « virage ambulatoire » vise avant tout à améliorer la qualité des prises en charge, en diminuant la iatrogénie et en favorisant un retour des patients à des conditions de vie normales le plus rapidement possible, dans de bonnes conditions de sécurité grâce à un système de santé capable de les prendre en charge sur leur lieu de vie. La diminution des capacités d'hospitalisation complète constitue une conséquence, souhaitable mais secondaire, qui ne doit pas être conduite à marche forcée au détriment de cette qualité de prise en charge

**L'Île-de-France est bien positionnée sur l'hospitalisation à domicile (HAD), avec un taux de recours de 20,5 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015 contre 18,5 en moyenne nationale.** L'offre d'hospitalisation à domicile en Île-de-France est représentée par 16 structures correspondant à près de 2500 places et plus de 900000 journées en 2015. Le contexte régional se traduit néanmoins par des indicateurs défavorables : une très grande hétérogénéité infra-territoriale de recours à l'HAD en population générale, un taux de recours par les établissements inégal, une proportion trop faible des prescriptions depuis la ville et un très petit nombre d'interventions réalisées dans les établissements médico-sociaux.

**En 2015, près de 4 millions passages aux urgences ont été enregistrés en Île-de-France** (22% de l'activité nationale). Le recours aux urgences a significativement augmenté au cours des dix dernières années et l'Île-de-France fait partie des régions où le taux de recours est le plus important, malgré des efforts conséquents de structuration de la permanence des soins ambulatoires. La progression est particulièrement marquée s'agissant des urgences infantiles. Dans ce cadre, une réflexion plus large autour des soins non programmés doit être initiée au niveau territorial pertinent.

**En psychiatrie**, le recours à l'hospitalisation temps plein est inférieur à la moyenne nationale mais le recours aux soins ambulatoires atteint à peine cette moyenne malgré la densité des professionnels. Les inégalités d'équipement sont plus marquées encore que pour les soins somatiques ; les renforcements ont été centrés sur les territoires sous dotés et sur la prise en charge des adolescents.

**Le Service de santé des armées (SSA) et l'Institution nationale des invalides (INI) ont vu leur place récemment renforcée en tant qu'acteurs du service public de santé** dans plusieurs domaines (loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; protocole santé-défense du 6 avril 2017 ; ordonnance 2018-20 du 17 janvier). Les relations entre les ARS et le Service de santé. Le contrat spécifique qui fixera leurs contributions respectives permettra au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

Toutes les composantes du SSA présentes en région Île-de-France (hôpitaux d'instruction des armées, centres médicaux des armées, écoles de formation, institut de recherche biomédicale des armées, ravitaillement sanitaire et centre de transfusion sanguine des armées) sont engagées dans cette nouvelle coopération. Elle inclut à la fois l'offre de soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

### **Un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre médico-sociale qui doivent se poursuivre**

**Le sous-équipement de l'Île-de-France en offre médico-sociale aura été réduit sur toute la durée du premier projet régional de santé.**

**Dans le champ du handicap, 4 000 places ont été créées sur l'ensemble de la durée du premier projet régional de santé.** Spécifiquement sur le spectre autistique et les troubles du neuro-développement, l'offre de places a doublé entre 2010 et 2017. En termes de réduction des inégalités d'accès, ce sont les territoires les moins bien dotés qui ont bénéficié des autorisations nouvelles : la Seine-Saint-Denis et Paris. Le développement de l'offre a concerné d'abord les établissements et services médico sociaux prenant en charge les personnes avec autisme (26 % des autorisations). Le handicap psychique, le polyhandicap et le handicap neurologique ont également fait l'objet d'un rattrapage spécifique.

**En ce qui concerne les personnes âgées, 9 400 places ont été ouvertes sur la même période.** Ces installations sont majoritairement consacrées au rattrapage du sous-équipement francilien en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elles représentent 71% des places installées. La moyenne régionale d'équipement en EHPAD sera passée de 71,9 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus fin 2012, à 74,9 fin 2017. Cependant, ce taux reste en deçà de la moyenne nationale (95 pour 1000). Cet équipement a été complété par des capacités dédiées au soutien à la vie à domicile avec l'intervention de services de soins infirmiers à domicile (11 % des places) et au profit de l'accueil temporaire (18% des places installées sont en accueil de jour et en hébergement temporaire). L'effort de création de places nouvelles a porté majoritairement sur Paris et les départements de la petite couronne, puisqu'ils ont bénéficié de 69% des places créées, soulignant la volonté

partagée de soutenir les départements les moins bien équipés. Cependant le reste à charge supporté par les usagers dans les EHPAD (supérieur en moyenne à 2500€ soit 1 fois et demie la pension moyenne) reste une difficulté majeure d'accès malgré la politique d'aide à l'investissement apportée par l'Agence.

### Les produits de santé, un enjeu majeur pour la région Île-de-France

**Les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux représentent plus de 6 milliards d'euros en Île-de-France.** La région dispose d'une expertise médicale reconnue, fer de lance en matière de recherche et d'innovations au bénéfice des patients : la proportion de thérapies ciblées parmi les anticancéreux y est plus importante (62,5% vs 51,5% en France en 2014). Près de 4000 patients franciliens ont bénéficié en 2015 d'une prise en charge par les nouveaux antiviraux de l'hépatite C pour un montant remboursable de 265 millions d'euros. Par la mobilisation des acteurs, il sera possible à 10 ans de relever le défi de l'éradication. L'Île-de-France est aussi l'une des régions où les niveaux de résistance aux antibiotiques notamment en établissements de santé sont les plus élevés. De plus en plus, les produits de santé devront être considérés comme un élément structurant du parcours du patient : la pharmacie clinique et la conciliation médicamenteuses sont appelées à se développer, dans une optique d'amélioration de la pertinence des soins et de meilleure maîtrise du risque médicamenteux.



## **DEUXIEME PARTIE : OU NOUS VOULONS ETRE EN 2027**

**Le cadre d'orientation stratégique a pour ambition de fixer les contours de notre politique de santé régionale pour les 10 années à venir, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.** Il s'agit de définir les objectifs et les résultats attendus afin de faciliter au quotidien le parcours de santé des Franciliens, d'améliorer la réponse aux besoins de la population, en renforçant en particulier la prévention et la promotion de la santé, de favoriser l'accès à l'innovation pour contribuer à la pérennité et l'équité du système de santé, de contribuer à rendre chaque Francilien acteur de sa santé pour renforcer la démocratie en santé et de mobiliser les politiques publiques au service de la santé. L'Agence s'est pour cela fixé trois principes structurants :

**Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets**

**En Île-de-France, la cohabitation des deux logiques de construction des inégalités (d'une part un gradient social très marqué, avec de fortes valeurs extrêmes, d'autre part une concentration de l'exclusion et de la grande précarité) impose de construire une politique publique conforme aux recommandations de l'OMS :** nous devons mettre en œuvre avec effectivité le principe d'universalisme proportionné, seul capable de répondre au gradient social, ce qui signifie piloter des politiques universelles mais fortement renforcées dans les territoires ou à l'égard de populations moins favorisées ; nous devons mettre en œuvre un universalisme ciblé, prenant en compte les difficultés spécifiques (notamment en termes de médiation ou d'interprétariat) ; et nous devons enfin mettre en place une approche adaptée – notamment en termes de passerelles – en direction des personnes les plus précarisées. Ces trois approches sont interdépendantes (l'universalisme proportionné bénéficie aussi aux plus pauvres ; et les actions en direction des plus pauvres sont en général de puissants leviers de transformation du système de santé), mais ne doivent pas être confondues. Par ailleurs, l'intervention précoce (axe 1 et 2), la participation des habitants (axe 4) et l'intervention renforcée autour des déterminants de santé (axe 5) seront des principes également mis en œuvre. La feuille de route « inégalités sociales de santé » élaborée par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévoit cinq principes simples devant être pris en compte dans toute l'action des pouvoirs publics, notamment l'impératif d'énoncer dans l'ensemble des projets et des pratiques professionnelles la manière dont ils contribuent à la réduction des inégalités.

Ainsi, les modes d'intervention doivent s'adapter aux situations de chacun et notamment à la plus ou moins grande proximité initiale, induite par les conditions psycho-sociales, par rapport au système de santé. L'évolution du système de santé doit également tenir compte des fragilités des uns et des autres. La réduction des durées de séjour à l'hôpital, par exemple, n'a pas les mêmes conséquences en fonction du degré d'autonomie, d'isolement social ou des conditions de résidence de chacun.

Ce choix doit permettre de répondre aux défis prioritaires auxquels notre système de santé est confronté. En effet, le vieillissement et le développement des maladies chroniques qui touchent aujourd'hui près d'un Francilien sur six, n'ont pas les mêmes incidences selon les situations socio-économiques et suivant les territoires. De même, réduire les inégalités dans la période périnatale, la prime enfance, et aux différents stades du développement impose de prendre en compte les déterminants qui fondent les écarts entre catégories sociales à ces étapes.

### **Deuxième principe : il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques**

La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé comme un « état de bien-être total » conduit à élargir les préoccupations largement au-delà de la seule approche par la pathologie. La préoccupation des politiques de santé doit être, avant tout, de viser à l'atteinte de ce bien-être et d'éviter la survenue de la maladie. **La prévention constitue donc le premier objectif en la matière** : elle doit permettre, dès le plus jeune âge, de réduire les facteurs de risques qui pèsent durablement sur la santé tout au long du parcours de vie. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres. Nous devons pour cela agir dans plusieurs directions à la fois : le champ de la prévention médicalisée individuelle doit voir les dispositifs spécifiques renforcés, mais aussi une extension majeure des pratiques cliniques préventives par les professionnels de santé dans leur ensemble. La promotion de la santé doit mobiliser, sur la base des données probantes désormais disponibles, les pratiques de santé communautaire (approches collectives) et les interventions sur les déterminants de santé, donc dans et sur les milieux de vie – incluant école et travail. L'extension conjointe des approches individuelles, communautaires et collectives, et par les déterminants, est l'une des conditions pour que la promotion de la santé contribue à la réduction des inégalités de santé.

**La protection des populations s'étend au cadre et à la qualité de vie**, et suppose un renforcement des actions sur les déterminants environnementaux et urbains de la santé en s'appuyant en particulier sur la dynamique impulsée dans le cadre du projet du Grand Paris. Là encore le renforcement des dispositifs de surveillance, de diagnostic local, le partage de l'information devront être développés, les coopérations et coordination avec les autres opérateurs publics et privés renforcées.

Il existe pour cela des leviers importants. En premier lieu, la programmation de l'allocation des ressources devra respecter en premier lieu cette priorité. Mais la mobilisation des autres acteurs et politiques publics sur quelques thèmes clefs est essentielle car la région dispose de ressources de toutes natures qu'il convient de mobiliser et coordonner plus efficacement. Les politiques relatives au logement, à l'habitat, aux jeunes, à l'éducation, constituent ainsi des enjeux fédérateurs et porteurs d'effets de levier potentiels très importants sur l'ensemble du système de santé. La programmation de l'ARS doit donc être articulée avec celle d'autres partenaires institutionnels à travers, par exemple, le plan régional santé-environnement (PRSE 3) ou le programme régional de santé au travail. Elle doit mobiliser les leviers de politiques institutionnelles transverses, notamment la politique de la Ville.

### **Troisième principe : l'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action**

**Ce cadre d'orientation stratégique porte l'ambition d'un système de santé plus intégré, décloisonné, constitué autour de parcours territorialisés, personnalisés, organisés au plus près du lieu de vie**, ce qui nécessitera une plus grande coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, seule à même de garantir la pertinence et la qualité d'une prise en charge garantant la bonne utilisation des ressources collectives.

Plusieurs approches territoriales coexistent :

- Le **maillage institutionnel**, organisé au niveau des territoires de démocratie sanitaire et qui constitue l'échelle d'analyse des Conseils territoriaux de santé ;
- Le **maillage de la planification sanitaire**, décliné dans le schéma régional de santé ;
- Le **maillage de proximité**, voire de très grande proximité : c'est celui des contrats locaux de santé, de la politique de la ville, dont les enjeux se situent souvent à un niveau très fin. Ce peut aussi être celui de certains objectifs de la contractualisation.



- Enfin le **maillage de mobilisation des acteurs** permet d'accompagner sur des territoires à géométrie variable dits « **territoires de coordination** » des réponses propres à une problématique particulière. Ce troisième niveau, le plus propice à l'organisation des acteurs, à leur coordination et à la mise en œuvre de projets, sera le plus stratégique pour la mise en œuvre du projet régional de santé.

L'approche territoriale s'appuiera donc en premier lieu sur la prise d'initiatives locales, favorisant ainsi l'appropriation et la diffusion des innovations organisationnelles et visera à apporter une réponse globale et coordonnée en termes de prévention, de soin, d'accompagnement et de soutien. Elle placera la proximité au centre de ses préoccupations.

**Indépendamment des périmètres existants (démocratie en santé, activités de soins...), il conviendra de définir, à partir des lieux de vie, de façon volontaire, progressive et souple le niveau de réponse** de proximité et de coordination et celui plus large d'appui et de recours mobilisant l'ensemble des moyens nécessaires.

**Le rôle des collectivités locales en Île-de-France est majeur** : à la fois en ce que les élus sont les représentants démocratiques des habitants et de leurs besoins, disposent eux-mêmes et/ou par leurs services d'une expertise et d'une légitimité, qu'ils mettent en œuvre des stratégies participatives importantes ; en ce que ces collectivités mènent des politiques publiques dont l'impact en santé est décisif ; et aussi en ce que, souvent, elles sont impliquées soit dans la mise en œuvre d'actions de prévention, soit dans la mise en œuvre de démarches d'accès aux soins. Le partenariat avec ces collectivités, dans un respect et une écoute réciproques et exigeants, se traduit dans les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), mais aussi dans l'ensemble des processus d'animation et de gouvernance territoriale en santé. Ce partenariat avec les collectivités doit s'étendre à la fois aux collectivités émergentes (intercommunalités, métropole...) et aux grands opérateurs publics dans des domaines qui impactent la santé – transports et urbanisme notamment.

**Des gouvernances territoriales renouvelées devront relier contractuellement, dans des champs de responsabilité et d'autonomie explicites**, les usagers et les acteurs de santé avec l'Agence régionale de santé fédérant les porteurs des politiques publiques à même d'influer sur les déterminants de santé ou d'agir sur la promotion de la santé et en premier lieu, les collectivités territoriales. Cette gouvernance devra permettre d'élaborer des diagnostics partagés, de prioriser les actions à mettre en œuvre et de **catalyser les initiatives issues du terrain**. Les livrables du projet régional de santé constitueront une « boîte à outils » pour ces projets et l'agence sera positionnée en repérage et en appui des initiatives.

**Dans ce cadre, les réponses aux besoins et les modalités de prise en charge doivent être pensées autour d'équipes intégrant fonctionnellement, dans le respect des modes d'exercice, la pratique ambulatoire et en établissement**. Les projets soutenus seront portés sur la base des propositions des acteurs locaux.

**Cette coordination sera facilitée et structurée par l'échange et le partage d'informations relatives au patient** qui seront mobilisées par l'ensemble des acteurs, au-delà des murs d'un établissement sanitaire ou médico-social, d'un cabinet, d'une maison ou d'un centre de santé, d'un service à domicile. Au-delà du renforcement des outils numériques d'appui à l'exercice professionnel, la coordination devra reposer sur le travail coopératif/collaboratif entre les acteurs concernés.

### **Un paysage sanitaire en évolution rapide**

**En 2027, la personnalisation, via la collecte massive de données biomédicales et leur utilisation ordonnée, du suivi et des traitements dans les maladies chroniques et en cancérologie seront devenus une réalité.**

L'ensemble des offreurs de santé, et plus particulièrement les CHU et les établissements de santé verront se matérialiser ou s'implanter à large échelle les résultats de progrès médicotecniques, nouveaux médicaments inclus, actuellement en cours d'essai ou d'investigation. Ces progrès s'inscrivent dans un processus continu de production d'innovations axées sur le soin. Les domaines concernés sont multiples, de l'imagerie avec fusion de signaux à la chirurgie mini invasive et la robotique, en passant par la biologie, génétique en tête.

En revanche, une situation de rupture technologique caractérise déjà les deux domaines suivants :

- La miniaturisation des capteurs non invasifs ou pauci invasifs, éventuellement couplés aux outils de la télémédecine, utiles au suivi individuel de patients affectés par certaines maladies chroniques. Il s'agit d'une des déclinaisons importante du concept de médecine personnalisée qui impliquera directement les patients et l'ensemble des professionnels de santé.
- Les avancées en biologie moléculaire avec notamment la « signature moléculaire » d'un cancer chez un individu, et son évolution sous traitement, permettront de proposer et d'adapter les combinaisons de traitements les plus appropriés. Ces techniques permettront également d'accélérer le diagnostic de certaines maladies rares ;

Un prérequis indispensable au déploiement à grande échelle de ces deux avancées, est la capacité à créer les outils, et rassembler les compétences, nécessaires à l'hébergement et au traitement sécurisé d'une masse de données biomédicales, en fait une somme croissante de données individuelles : le dispositif adéquat aura démontré, sous la supervision de l'ARS, la capacité de collaboration du CHU, des centres de lutte contre le cancer, et équipes universitaires de recherche en biomathématiques.

### **Dans cette optique, les établissements de santé assumeront des responsabilités territoriales et populationnelles renouvelées.**

La diffusion des parcours de santé territorialisés, organisés au plus près du lieu de vie conduira à repositionner la place, le rôle des établissements de santé. Ils constitueront des centres de ressources et d'appuis (plateaux techniques, compétences, innovation médico technique en santé, capacité formatrice) fonctionnellement intégrés aux territoires et pour certains à la région. A ce titre, certains assureront en premier lieu le recours spécialisé pour les situations graves et complexes.

La poursuite de l'évolution des capacités d'accueil et de prise en charge ne devra pas obérer le rôle d'appui ultime en cas de crise sanitaire grave. Plus globalement, la mission d'accueil des populations les plus fragiles par les établissements hospitaliers sera préservée et déployée en lien avec les organisations de prise en charge coordonnée autour du domicile, qui seront renforcées.

Enfin, grâce à des systèmes d'information partagés, des plateaux techniques ouverts, une capacité de projection sur le territoire (télémédecine, appui à la recherche clinique, équipes fonctionnelles de territoire..), le tissu des établissements hospitaliers apportera des ressources en santé aux populations et aux professionnels du territoire. Les groupements hospitaliers de territoire et leurs partenaires participeront évidemment de cette transformation, qui concernera cependant l'ensemble des catégories d'établissements. Ces derniers devront être accompagnés dans ces évolutions majeures de leurs missions et de leurs organisations. Cette responsabilité populationnelle et territoriale impliquera d'accorder une attention spécifique à la meilleure répartition des ressources, notamment humaines, entre le centre et la périphérie de la région.

**L'évolution des systèmes d'information, mais aussi de surveillance et d'alerte, une culture du signalement** fondée sur la confiance, le partage de l'information seront au cœur d'une évolution qui doit contribuer au développement de logiques et dispositifs de conciliation et de concertation entre patients et professionnels , mais

également à une meilleure adaptation et réactivité en cas de crise. Ils contribueront à une meilleure connaissance des risques, sur la base d'une analyse partagée, vecteur d'un développement équilibré de la prévention et de la gestion des risques et des crises

### **La méthode : transformation par les projets, co-construction, capacité d'adaptation**

**La construction du Projet régional de santé se fera autour d'axes et de projets de transformation**, pour ce qui concerne le schéma régional de santé qui couvrira la période 2018-2022. Le choix de cette structuration résulte de la volonté de privilégier des logiques opérationnelles, mesurables et transverses. Elle vise à atteindre un objectif essentiel : réussir à capitaliser les initiatives et expérimentations qui se sont multipliées dans tous les champs, et à les déployer de manière à ce qu'elles bénéficient au maximum de personnes et de territoires.

Les priorités qui découlent naturellement du diagnostic et autour desquelles sera construit le schéma régional de santé de la période sont au nombre de huit. Elles permettront, de construire les projets autour d'enjeux forts, et de les décliner en fonction des difficultés et ressources des différents territoires:

1. La périnatalité et la santé des enfants jusqu'à 6 ans.
2. La santé des adolescents et des jeunes adultes
3. La santé et l'autonomie des personnes âgées
4. La santé, l'autonomie et l'insertion des personnes handicapées
5. Le cancer
6. Les maladies neurologiques
7. La santé mentale
8. Les maladies chroniques cardiométaboliques

**Le cadre d'orientation stratégique est une feuille de route partagée entre l'agence et l'ensemble des acteurs concernés.** Outre la nécessaire association de l'ensemble des partenaires ou acteurs de santé concernés lors de la phase d'élaboration et de construction, il s'agit en premier lieu de faire émerger une représentation commune du diagnostic, des objectifs prioritaires et des résultats attendus. Aussi, le bilan, le suivi, les ajustements éventuels et l'évaluation des projets doivent être une partie inhérente de la démarche.

**Le cadre d'orientation stratégique doit permettre d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs retenus.** Il convient de faire évoluer nos méthodes de travail et d'organisation au regard des objectifs prioritaires retenus, au plus près des usagers, dans le cadre d'une démarche qui évoluera selon le temps et les besoins. Cela impliquera une plus grande transversalité, en particulier un fonctionnement en mode projet, et une priorisation au bénéfice d'une meilleure coordination, fondée sur des principes d'autonomie et de responsabilité, entre les acteurs de santé ou partenaires concernés et d'une animation territoriale portée par les délégations départementales de l'Agence. Ces orientations ne pourront être effectives sans un renforcement significatif du rôle et de la participation des usagers et de leurs représentants dans cette nouvelle dynamique territoriale. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une planification pluriannuelle selon cinq domaines : l'appui à la transformation territoriale des organisations, les ressources humaines du système de santé, l'allocation de ressources financières, la production et au traitement de l'information et la communication en santé. Cette mobilisation doit s'effectuer en priorisant les ressources et l'engagement des équipes sur les populations et les territoires les plus fragiles d'un point de vue sanitaire, dans une logique de réduction des écarts.

## **TROISIEME PARTIE : NOS AXES DE TRANSFORMATION**

### **Axe de transformation n°1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires**

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

L'Île-de-France est marquée par une hétérogénéité de l'accès au système de santé dans un contexte d'inégalités sociales, de disparités et de fragmentations territoriales dans la répartition de l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention.

Par ailleurs, notre société connaît un vieillissement de la population et une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et des poly-pathologies. Cela se traduit notamment par une hausse du recours aux soins non programmés induisant une saturation des services d'urgences. Or, pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, les décompensations pourraient être mieux anticipées et ces soins évités. Dans ce contexte, l'organisation actuelle doit poursuivre son évolution pour répondre à cette transition démographique et épidémiologique. Par ailleurs, la question des ruptures dans le parcours de santé présente des caractéristiques spécifiques et encore plus pénalisantes pour la santé des personnes en situation de grande précarité.

Pour relever ces défis, il conviendra de s'appuyer sur les nombreux dispositifs et organisations déjà mis en place grâce à des initiatives locales ou nationales en les rendant plus accessibles, visibles, articulés pour les professionnels de santé ou les patients concernés. Mais il est également souhaitable, d'imaginer de nouvelles articulations favorisant la fluidité et la convergence des dispositifs d'accompagnement, de prévention et de soins.

Le parcours se définit comme la trajectoire de santé de la personne dans un territoire en la plaçant au centre du dispositif. Il englobe une notion temporelle et spatiale, pour que la prise en charge soit coordonnée tout au long de la vie, mais aussi organisée au plus près du domicile des patients ou usagers. Le parcours doit être garant d'une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente. Il doit mobiliser dans une cible d'intégration fonctionnelle volontaire et progressive l'ensemble des acteurs et prendre en compte les besoins et les choix des personnes, les ressources et les contextes territoriaux, les déterminants individuels et sociaux.

La dynamique de l'évolution de notre système de santé doit donc être consolidée, sous deux formes :

- Poursuivre les efforts de mise en place des différents leviers : renforcement des actions de prévention, de promotion de la santé et l'éducation pour la santé, du lien ville-hôpital, des prises en charge en ville et au domicile en organisant l'offre de premier recours et de proximité et en accompagnant le développement des offres alternatives à l'hospitalisation complète notamment l'hospitalisation à domicile.
- Œuvrer pour que la cible des parcours de santé soit territoriale autour du lieu de vie, intégrant la prévention, le soin, l'accompagnement et le soutien en mettant en commun non pas tant des structures que surtout des compétences, des services et bien sûr des outils notamment numériques.

## LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

Les parcours de santé seront améliorés en capitalisant sur de nombreux leviers et outils déjà expérimentés dans la région et qui visent à :

**La préservation du capital santé de chacun**, grâce aux actions de promotion de la santé et d'amélioration des conditions de vie.

**L'amélioration de la capacité du système de santé à repérer et prendre en charge (y compris en termes de prévention) ceux qui en ont besoin** mais dont l'orientation est difficile, ou ceux qui ne parviennent pas à trouver les bonnes portes d'entrée et qui sont à ce titre mal pris en charge. Beaucoup de fragilités, qui revêtent une dimension le plus souvent à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale, pourraient être détectées plus tôt, ce qui retarderait considérablement l'apparition des complexités de la maladie et permettrait de préserver l'autonomie des personnes.

Le système de santé doit également renforcer sa capacité à appréhender dans sa globalité, au-delà du sanitaire, la réponse apportée à chaque individu.

**Le renforcement de la coordination des prises en charge**, afin d'éviter les aléas de parcours, les interactions insuffisamment prises en compte entre différentes maladies et différents traitements, et de s'assurer que les stratégies thérapeutiques mises en place sont cohérentes avec les situations sociales des personnes (isolement, problèmes cognitifs, domicile inadapté...).

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les parcours de santé seront améliorés grâce à une méthode qui partira de coalitions territoriales multi-acteurs plus autonomes, dotées d'outils et appuyées par l'agence régionale de santé et ses partenaires. Cette méthode visera donc à :

- Identifier des co-interventions et co-constructions, regroupant élus locaux, société civile, acteurs de la prévention, du soin, de l'autonomie et du social, à même d'élaborer des diagnostics et de construire des projets locaux.
- Les doter d'outils aisément utilisables, qui n'auront de sens que parce qu'ils seront construits sur et par ces dynamiques locales : dispositifs territoriaux d'appui aux parcours notamment complexes, télémédecine (qui permet d'améliorer la disponibilité de l'expertise et, grâce à la télésurveillance, d'anticiper les décompensations), éducation thérapeutique en proximité, dispositifs de financement évitant que la tarification ne devienne un frein aux bonnes pratiques.
- Généraliser les échanges d'informations pertinentes entre intervenants, autour du patient et du domicile, grâce à des systèmes d'information évitant la redondance des saisies et la perte d'informations, et garantissant les droits des patients (information, accord éclairé, confidentialité, non-commercialisation des données).

Cette démarche et ces outils permettront l'apparition de véritables équipes territoriales fonctionnelles. Ils seront complémentaires d'actions conduites dans le cadre d'autres axes de transformation, notamment sur les caractéristiques de l'environnement ou le développement du pouvoir d'agir et de l'information des patients.

## **Axe de transformation n°2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable**

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

La notion de besoins est très polysémique pour les politiques de santé. Néanmoins, le diagnostic a permis de montrer que la caractéristique majeure de l'offre en santé dans la région est son hétérogénéité. Le projet régional de santé doit donc viser à une couverture plus homogène, là où cette hétérogénéité constitue un frein à l'accès pour certaines populations et certaines prestations (soins primaires et démographie des professionnels les assurant, prévention, solutions en faveur des personnes handicapées ...).

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'optimiser l'utilisation de ressources rares, au profit de ressources en proximité plus adaptées aux besoins réels. Cela vise à permettre d'utiliser à bon escient ces ressources (notamment certaines catégories de professionnels) et à ne pas dispenser de soins inutilement lourds ou coûteux lorsqu'il est possible de répondre aux besoins autrement, en maintenant la sécurité et la qualité.

Enfin la qualité globale du système de santé doit augmenter, notamment parce que la iatrogénie reste une cause majeure de dégradation de l'état de santé de certaines populations et de rupture des parcours. Dans le contexte national, le souci de la qualité doit, de plus en plus, préoccuper l'ensemble des secteurs de prise en charge et pas le seul hôpital.

### **LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS**

**Une offre de santé plus conforme aux besoins :** alors que la région connaît de profondes inégalités et que les dynamiques spatiales sont hétérogènes, l'offre de proximité poursuit un mouvement de concentration vers le cœur d'agglomération et quelques pôles dynamiques et il existe des « zones blanches » en matière de prévention collective. Cette évolution spontanée doit être contrecarrée, ralentie voire inversée lorsque des leviers efficaces existent. Par ailleurs, le diagnostic montre que, si le niveau d'offre est en moyenne très bon, il connaît quelques failles (personnes handicapées, enfants de 0 à 6 ans, vaccination).

**Des soins plus pertinents et de meilleure qualité :** la iatrogénie reste un problème majeur de notre système de santé. Pour les personnes polyopathologiques, notamment âgées, elle est même une source majeure du recours aux soins. Le recours à des soins non pertinents, de mieux en mieux documenté, reste également trop important et constitue une source importante de dépenses de santé (entre autres le recours inutile aux urgences ou aux soins hospitaliers non programmés). Cela peut et doit évoluer en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

**Des ressources, notamment humaines, utilisées à bon escient :** la bonne réponse aux besoins ne nécessite plus nécessairement de disposer de plateaux techniques complets partout et tout le temps, dans la mesure où ils sont très coûteux et nécessitent pour les faire correctement fonctionner des spécialistes très bien formés. Le maillage des plateaux techniques (imagerie, pharmacies à usage intérieur hospitalières et médico-sociales, blocs et réanimations, laboratoires de biologie médicale) aura donc été restructuré en vue de garantir une accessibilité mais un usage optimisé des ressources. Les services d'urgence seront recentrés sur leur cœur de métier en s'appuyant sur le développement d'une offre alternative de services à la population, notamment en ville là où c'est possible.



## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

**Définir des zones de mobilisations prioritaires** : les marges de manœuvre dont disposent l'agence et ses partenaires (ressources financières, techniques ou humaines) seront ciblées sur les territoires en sous-offre ou fragiles, que ce soit pour la prévention, les soins primaires ou spécialisés, ou la prise en charge de l'autonomie. En particulier, les « zones blanches » devront être résorbées. Certains établissements de santé, situés dans des territoires fragiles, pourront être identifiés comme établissements ressources territoriaux et soutenus à ce titre.

**Optimiser la réponse aux besoins programmés et non programmés c'est-à-dire la capacité de réponse du système de santé** : le système doit être remis à plat afin de diminuer le recours évitable (notamment les décompensations mal anticipées) et d'optimiser les ressources. La capacité de réponse aux crises sanitaires, récurrentes ou ponctuelles, doit être améliorée et renforcée.

**Mobiliser les nouveaux outils d'amélioration de la qualité et la pertinence des soins** : les outils disponibles, notamment les nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, seront mobilisés largement, autour de quelques thèmes clefs, pour limiter les soins et les prescriptions inutiles et la iatrogénie.

**Restructurer le maillage des plateaux techniques** : de nouveaux outils (réformes de la biologie et des pharmacies à usage intérieur ; groupements hospitaliers de territoire) seront mobilisés pour aboutir à un maillage plus efficace, mais aussi de meilleure qualité.

**Elaborer et suivre le déploiement d'une offre de services accessible pour les enfants de 0 à 6 ans** : cet accès est en effet indispensable car les inégalités de santé à ces âges ont des conséquences très profondes et durables. Il s'agit d'un des principaux besoins à couvrir en Île-de-France, région jeune, inégalitaire et où les inégalités sociales se doublent de fortes inégalités environnementales.

### Axe de transformation n°3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

#### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Les rapides et constants progrès de la médecine et technologiques modifient en profondeur les pratiques des professionnels de santé et les organisations. Les pouvoirs publics sont ainsi amenés à définir des stratégies pour offrir un cadre favorable à leur développement et sécuriser leur intégration dans le système de santé : si les innovations ont forcément comme point de départ les initiatives et la créativité des acteurs, la puissance publique peut les encourager, les faciliter et rendre plus aisé leur déploiement.

A ce titre, la stratégie nationale de santé ainsi que la stratégie nationale de recherche prévoient des orientations fortes afin de « promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les patients » ainsi qu'un « accès garanti et favorisé à l'innovation ». En complément, elles insistent sur la nécessité de « développer une offre de soins toujours plus innovante et efficace, grâce au développement d'approches thérapeutiques innovantes, de nouveaux protocoles de soins, et de modalités plus personnalisées de prise en charge des patients ».

Ces approches convergentes doivent trouver une déclinaison territoriale dans leur mise en œuvre, en particulier dans le domaine de la recherche en soins primaires par une plus grande mobilisation des professionnels concernés.

C'est ainsi que, compte tenu des spécificités de la région, la recherche et l'innovation constituent des axes majeurs de transformation du système de santé francilien. Le potentiel en matière de recherche en santé et le tissu industriel francilien sont de véritables atouts qui peuvent être mobilisés davantage au service de l'amélioration du système de santé et des comportements en santé.

L'investissement dans la recherche et l'innovation est donc un enjeu majeur pour la santé. Il conviendra, à ce titre, de faciliter l'effort de recherche et de garantir un accès mieux réparti des innovations sur le territoire et au sein des différentes populations en veillant à ce que les politiques menées ne conduisent pas à accroître les écarts entre territoires, équipes, et donc populations.

L'ensemble des objectifs de l'axe 4 mobilise le concept de santé communautaire, fondée sur la notion de collectif, de groupe, de communauté (au sens de groupe partageant un même espace, de mêmes conditions, de mêmes projets...), le principe d'implication et d'initiative de tous les acteurs de ce collectif (les habitants au premier chef, mais aussi tous les autres acteurs concernés du groupe, du quartier, de la communauté concernée, dont la mobilisation est tout aussi essentielle à l'action communautaire en promotion de la santé), la notion d'échange de savoirs et de pouvoirs ; l'inscription dans une approche globale de la santé est inscrite au cœur de l'axe 5. Un cadrage récent est proposé par Breton : « L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et réduire les inégalités sociales de santé »



## LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

### Sur le plan de la recherche :

- **Un égal accès aux protocoles de recherche clinique pour chaque patient indépendamment de leur lieu de prise en charge.** Les conditions facilitant l'effort de recherche des professionnels de santé doivent dans ce cadre être réunies, notamment par le biais de la formation et d'une diffusion optimale de l'information assurées sur l'ensemble du territoire.
- Une meilleure connaissance issue du développement de la recherche en santé publique (sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales ou encore sur les services en santé) afin d'éclairer l'intervention publique et d'intégrer les résultats de ces recherches dans la prise de décision.

### S'agissant de l'innovation :

- Une détection précoce et un accompagnement des initiatives organisationnelles à fort potentiel portées par les acteurs de santé.
- **Le développement, l'évaluation et, le cas échéant, la diffusion des solutions innovantes** pour favoriser une organisation du système de santé centrée autour du lieu de vie et garantissant un accès à une expertise appropriée sur l'ensemble du territoire.

### Pour les acteurs de santé, le résultat des actions mises en œuvre doit se matérialiser par :

- Des organisations plus souples, plus agiles, plus efficaces et plus sécurisées.
- De nouveaux métiers et de nouvelles pratiques adaptés à l'évolution du progrès médical, du progrès scientifique et à l'évolution sociétale.
- Des établissements de santé recentrés sur leurs missions d'expertises et de recours.

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Structures de recherche, pôles de compétitivité, IHU, CHU, incubateurs : l'écosystème francilien en matière d'activité de recherche et innovation en santé se caractérise par de multiples acteurs connus et reconnus pour leurs activités de développement, de soutien et de diffusion, tant au plan national que sur la scène internationale.

**Aussi, l'enjeu est de développer la complémentarité et la coordination de l'ensemble de ces acteurs.** Pour cela, la politique d'intervention doit, dans un premier temps, être clarifiée afin d'identifier les leviers les plus pertinents à actionner afin de favoriser un accès égal et précoce à la recherche et à l'innovation sur l'ensemble du territoire francilien.

**Pour la recherche, la consolidation des démarches engagées sera privilégiée : observer, analyser et co-construire.** Dans ce cadre, il s'agira en particulier de :

- Rendre plus lisible l'activité de recherche et les organisations par la mise à disposition d'une information adaptée et structurée ;
- Développer l'activité de recherche clinique sur l'ensemble du territoire francilien, notamment en lien avec le CHU et le GIRCI ;
- Mieux mobiliser la recherche en sciences humaines et sociales dans la connaissance des leviers de réduction des inégalités de santé ;
- Développer la recherche en santé (clinique et en santé publique) en particulier, la recherche en soins primaires, en santé environnementale et la recherche sur les systèmes de santé, notamment par le biais de la structuration et de l'exploitation des big data (qui devront respecter les droits des patients : confidentialité

et consentement éclairé notamment).

**S'agissant des innovations en santé, mieux anticiper et mieux accompagner le développement et la diffusion de solutions innovantes et des expérimentations ad hoc sur les territoires** sont les conditions *sine qua non* pour optimiser l'atteinte des objectifs fixés. Cela se traduira par des actions visant à :

- Structurer une veille ;
- S'assurer que le développement des innovations prévoit une démarche évaluative (usage et médico-économique) ;
- S'assurer de la portée régionale de projets portés par les opérateurs (imagerie, génomique...), notamment avec la poursuite de l'urbanisation des systèmes d'information en santé régionaux ;
- Accompagner les innovations par la mise en œuvre de démarches participatives et par le biais d'appels à projet ou à manifestation d'intérêt impulsés par l'ARS Île-de-France et ses partenaires ;
- Accompagner la diffusion dans des logiques territoriales et de capitalisation.

Complémentarité et cohérence seront systématiquement recherchées afin que l'intervention, au bénéfice des Franciliens et des acteurs de santé régionaux, soit lisible, efficace et partagée.

## **Axe de transformation n°4 : permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé**

### **CONTEXTE ET ENJEUX**

Cet axe de transformation s'inscrit dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé sur l'implication et l'accompagnement des patients, des aidants et de leurs représentants dans l'organisation, l'évolution et le fonctionnement de notre système de santé. Il répond aussi à différents chapitres de la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la loi de modernisation de notre système de santé, sur l'information et la démocratie en santé.

En Île-de-France, cette déclinaison se fait à partir d'enjeux spécifiques. La région capitale est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire. Elle est fortement contrastée en termes, de caractéristiques de population, de situations socioéconomiques et d'activités économiques (industrielles, agricoles, tertiaires) : c'est une zone importante de migration, qui comprend les communes les plus pauvres et les communes les plus riches de France, avec une capacité majeure de développement en matière de recherche et d'innovation.

Compte tenu de ces caractéristiques, les enjeux pour permettre à chaque francilien d'agir sur sa santé de contribuer à la politique de santé sont les suivants :

- Réduire les inégalités d'accès à l'information en santé, dans toutes les activités qui touchent la santé de la promotion de la santé à la prise en charge médico-sociale. Aujourd'hui, les franciliens ne sont pas égaux quant à leur capacité d'aller chercher, d'interpréter et d'utiliser l'information diffusée sur la santé.
- Développer le pouvoir d'agir des franciliens en matière de santé, de façon à avoir plus de pouvoir d'action et de décision et d'influence sur leur environnement et leur vie ; ceci se décline à la fois au niveau individuel pour tout citoyen, mais aussi pour les patients et leurs proches, en particulier dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ; et au niveau collectif par la représentation des usagers et des citoyens dans toutes les instances et par le pouvoir d'agir des collectivités de citoyens.
- Développer la participation de tous les franciliens, y compris ceux éloignés du débat et de la décision publique, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Cela passe par une vision étendue de la concertation et la co-construction afin de répondre aux besoins réels de la population au plus près des territoires en utilisant leur expertise issue de l'expérience et d'adapter les programmes aux caractéristiques de la population.

### **LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS**

**Des Franciliens mieux et plus équitablement informés sur la santé**, sur les façons de la préserver, sur les droits et l'accès au système de santé, et sur son utilisation optimale.

**Des citoyens plus capables de décider, d'agir pour leur santé et d'influencer leurs conditions de vie**, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental.

**La généralisation des patients-experts pour différentes maladies chroniques**, usagers-formateurs pour différents types d'acteurs : patients, professionnels du soin, professionnels de l'accompagnement à l'emploi et de l'insertion sociale.

**Des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces**, prenant en compte les savoirs et l'expertise des bénéficiaires (à la fois les personnes et les familles), dans une approche de santé communautaire.

**Des citoyens et usagers** plus impliqués dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé régionales, avec comme corollaire une réduction des écarts de santé, ainsi que dans la politique de gestion des risques.

**Des représentants d'usagers ayant un vrai statut dans les différentes instances de concertation**, plus à même d'influencer les débats et de participer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé.

## **CE QUE NOUS ALLONS FAIRE**

**Un service public régional d'information en santé**, qui prendra la forme d'un site Internet (sante.fr) proposant des informations riches et de référence, ainsi que des coordonnées fiables et de confiance permettant de s'orienter dans une offre de santé.

**Un maillage de personnes relais d'information en santé au niveau local**, pour compléter l'outil Internet. L'information de confiance pour les habitants de quartiers populaires, vient de « supports » de proximité : le médecin traitant, l'association qu'ils fréquentent, le voisinage. Il faut donc travailler à développer ce type de canaux d'information, redonner une place au médecin traitant et constituer un réseau local accessible indépendamment des outils internet. Les supports intermédiaires pourront être formés grâce au travail d'appui de la plateforme régionale d'éducation et de promotion de la santé et à la mobilisation de tous les intervenants.

**Pour impliquer les citoyens/usagers dans la prise en charge de leur santé**, des actions d'empowerment individuel seront mises en œuvre. Il s'agit notamment de développer des actions ou formations-actions avec les citoyens sur les déterminants de la santé en utilisant leur expertise basée sur leurs savoirs, savoir-faire et expérience. La prise en compte de l'expérience du vécu de la maladie et du savoir expérientiel acquis par le patient au cours de sa maladie est au centre des approches favorisant le pouvoir d'agir des usagers. L'éducation thérapeutique du patient sera renforcée et organisée en proximité du patient et du lieu de vie.

**D'autre part, la dimension collective des droits des usagers sera renforcée** par l'association des représentants des usagers aux instances de démocratie en santé. Le rôle du représentant des usagers sera amplifié grâce au développement de sa formation, la reconnaissance de son statut et son association à toutes les politiques de santé. Le représentant d'utilisateur sera intégré aux différents territoires de décision et d'action : les commissions et conseils des établissements de santé et médico-sociaux, les conseils territoriaux de santé au niveau départemental et au niveau régional la Conférence régionale santé et autonomie. L'objectif est de mieux coordonner les travaux des instances menés par l'ensemble des acteurs du système de santé et de mieux prendre en compte leurs avis et contributions dans nos projets.

**Des programmes et politiques de santé élaborés en co-construction et suivis avec les citoyens/habitants/usagers**. A court terme, le travail engagé avec des habitants des quartiers populaires sur l'expression de leur besoin en santé va se poursuivre par leur inclusion dans différents travaux de préparation du projet. A moyen et long terme, il est prévu l'implication de citoyens dans le suivi et l'évaluation du PRS.

## Axe de transformation n°5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

### CONTEXTE ET ENJEUX

De nombreuses politiques publiques portées par l'Etat, les administrations déconcentrées, les agences, les établissements publics et les collectivités locales ont un impact sur la santé et le bien-être des populations. Ces politiques, dont le domaine spécifique n'est pas la santé, mais ses déterminants, notamment dans les domaines de la vie économique, du social, de l'éducation, du développement urbain, du travail, ou encore de l'environnement, occasionnent des modifications sur les conditions sociales de développement des individus et des collectivités, sur les milieux de vie et de travail et sont donc porteuses d'impact sur la santé, et d'inégalités de santé.

De ce fait, la stratégie nationale de santé considère qu'il faut agir « fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé », qu'il est donc indispensable « d'agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques » et que ce rôle revient, de facto, à « l'administration et les professionnels de la santé qui ont un rôle majeur, pour sensibiliser les autres autorités, institutions et professionnels susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ».

Dans ce contexte, cette déclinaison à l'Île-de-France apparaît comme un véritable enjeu compte tenu des spécificités territoriales franciliennes. La région est, en effet, marquée par de fortes inégalités sociales et spatiales de santé. C'est un territoire très urbanisé, et très densément peuplé, concentrant près d'un cinquième de la population française sur seulement 2% du territoire. Cette très forte urbanisation s'accompagne d'enjeux sociaux majeurs (phénomènes de ségrégation urbaine, de spécialisation des territoires, etc.), d'enjeux environnementaux spécifiques liés à la densité urbaine (pollution de l'air, bruit, etc.) ou aux grands projets d'aménagement ou d'augmentation de la mobilité prévus sur la prochaine décennie (Grand Paris), qui sont abordés par différentes politiques régionales.

Enfin, au regard de l'objectif transversal de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé, cette mobilisation devra porter en priorité sur les politiques publiques les plus favorables à la réduction de ces inégalités.

### LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

Si l'action coordonnée, sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.) est reconnue par tous les acteurs comme le principal levier d'amélioration de l'état de santé d'une population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, **la prise en compte systématique des enjeux sanitaires et des enjeux d'équité en santé dans les politiques et les grands projets franciliens** devra devenir une « routine », un réflexe dans leur élaboration.

### CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

#### Structurer une stratégie de plaidoyer

- **Faciliter le débat public, faire ressortir les points de convergence ou objectiver les contradictions entre Politique publique des collaborations, partenariats.**
- **Apporter de la connaissance aux différents acteurs des politiques publiques** (décideurs, opérateurs, bénéficiaires) : développer et diffuser les connaissances sur le lien entre les différentes Politiques publiques et la santé, faciliter le partage de données ;
- **Développer/confronter les connaissances** : mise en place de lieux d'échange et de dialogue avec les autres acteurs des politiques publiques (ex : forums, réseaux...).
- **Inciter/accompagner/mener et systématiser des Études d'évaluation des impacts sur la santé (EIS)**

relatives aux politiques publiques (mise en place d'EIS rapides, traduction des recommandations en actions, notamment dans le cadre des Contrat locaux de santé ou du plan régional santé-environnement) ;

### Renforcer la coordination des politiques publiques

- **Dans le cas de politiques publiques avec lesquelles l'action de l'ARS est articulée** (ex : habitat, aménagement urbain, environnement avec le **programme régional santé environnement (PRSE 3)**, justice, industrie, éducation nationale), adosser des programmes de travail (procédures partagées, échanges de données, études, recherche...) aux conventions de partenariats, développer des appels à projets communs.
- **Pour les politiques sur lesquelles l'ARS peut mener une action de coordination** (ex : éducation, jeunesse, travail, cohésion sociale, etc.), renforcer le rôle des Commissions de coordination des politiques publiques en en faisant des lieux stratégiques et opérationnels.
- **Renforcer la capacité à anticiper**, augmenter la réactivité, l'opportunité en structurant une veille propre au repérage des projets d'envergure dans lesquels on souhaite ajouter une dimension Santé.

### Appuyer et renforcer l'animation territoriale

La politique de santé s'appuie sur la notion de territoire, il convient donc **d'accompagner les délégations départementales dans ce rôle** en leur apportant un soutien sur la connaissance et les outils, pour l'animation des relations qu'elles ont avec les autres partenaires. Le plaidoyer, entre autres, doit à ce titre, se décliner au plus près des territoires.

### Rendre la coopération/collaboration de l'agence attractive

- **Donner de la visibilité aux politiques de santé auprès des décideurs des politiques publiques** à travers une communication renforcée.
- **Diffuser de la connaissance** : l'ARS doit être identifiée comme un expert incontournable sur l'ensemble des politiques publiques, sa participation doit apporter une plus-value aux projets et politiques régionales.
- **Diversifier les moyens d'action de l'Agence** : innover, proposer des nouveaux modes de collaboration aux partenaires et porteurs de politiques publiques qui peuvent amener à la réduction des inégalités.

### Développer la transversalité et une culture commune au sein de l'agence

Il s'agit de rendre chaque agent acteur/vecteur/vendeur de ces enjeux :

- **Développer une culture commune** autour de la notion d'intersectorialité et la transversalité, en faire des objectifs individuels et collectifs de travail
- **Former les agents** à négocier ou à mener un plaidoyer, ou à utiliser les outils à notre disposition : partenariats, co-construction de projet, études, etc.

## **QUATRIÈME PARTIE : LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE : CINQ PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE**

Le cadre d'orientation stratégique ne pourra être mis en œuvre qu'à la condition d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs énoncés. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une planification pluriannuelle selon cinq domaines relatifs à l'appui à la transformation territoriale des organisations, aux ressources humaines du système de santé, à l'allocation de ressources financières, à la production et au traitement de données, à l'information et à la communication en santé

### **Programme transformation territoriale des organisations : développer des stratégies de promotion de la santé et construire les parcours au plus près des patients et des professionnels**

La réussite du déploiement territorial est le premier enjeu de notre Projet régional de santé. Une approche centrée sur les lieux de vie doit en effet partir d'une analyse des besoins conduite au plus près des patients, de l'offre de santé localement disponible, des interactions entre professionnels, des initiatives des collectivités territoriales et des élus, ainsi que des conditions de vie quotidiennes des patients et usagers. La vision et les initiatives des acteurs de terrain seront le levier essentiel de la mise en œuvre de notre PRS, dans une approche nécessairement différenciée en fonction des territoires.

Dès lors, l'adaptation de l'animation territoriale aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé. Il convient à ce titre d'inscrire dans les territoires les stratégies de promotion de la santé, d'améliorer la coordination ou la coopération entre les acteurs, de poursuivre l'élaboration des plans d'action, de conclure les contrats locaux de santé dans les territoires prioritaires, et d'assurer la cohérence de tous ces objectifs généraux. L'animation territoriale devra se construire au niveau de territoires pertinents en fonction des besoins, caractéristiques spécifiques et des actions à mettre en œuvre.

Il conviendra de renforcer les moyens dédiés à l'animation territoriale et d'apporter un appui méthodologique. Cette organisation implique une certaine souplesse dans sa mise en œuvre, pour s'adapter et répondre aux évolutions permanentes du système. Un accompagnement devra être proposé pour mettre en œuvre ces nouvelles organisations, tant au niveau de l'Agence et de ses délégations départementales que des partenaires ou acteurs de santé concernés. Il conviendra d'intégrer le plaidoyer et l'articulation avec les autres politiques publiques dans cette animation, tout particulièrement lorsque ces politiques sont fondées sur une approche territoriale (politique de la Ville par exemple). Au total, la rénovation de l'animation et de la mise en œuvre des dispositifs, au niveau des territoires pertinents constitue le fondement de la transformation de l'organisation du système de santé.

### **Programme ressources humaines en santé : une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à 10 ans en partenariat avec les acteurs**

L'enjeu de la politique régionale de ressources humaines en santé recouvre :

**L'attractivité globale de la région pour les professionnels :** pour certains professionnels (et notamment les médecins généralistes, 37% de la population régionale résidant dans une « zone d'intervention prioritaire » présentant à cet égard une fragilité très importante), la région connaît un déficit d'attractivité qui doit faire l'objet d'une politique globale de promotion de la région, de fidélisation et d'action sur la qualité de vie au travail notamment. Cette politique doit tenir



compte de la problématique du coût de la vie spécifique à l'Île-de-France.

**La bonne répartition géographique des professionnels.** La réduction des déséquilibres franciliens est en effet très largement tributaire d'une répartition des professionnels conforme aux enjeux de santé ainsi qu'aux besoins de la population. Cette approche est très différente en fonction des catégories de professionnels. Dans ce domaine, l'Etat mais également les collectivités territoriales consentent des efforts très importants. Pourtant, dans une région globalement dense en professionnels, des zones en difficulté démographique ou en voie de l'être existent, particulièrement pour certaines professions.

**L'adaptation des compétences des professionnels aux nouveaux enjeux sanitaires :** coordination, équipes territoriales, coopération et interdisciplinarité entre professionnels appartenant non seulement à des structures différentes, mais à des univers divers (libéraux, associatifs, hospitaliers privés et publics, ...), évolution rapide des technologies, pathologies et stratégies de prise en charge. Tout cela implique une évolution des modalités de formation initiale et continue pour mieux intégrer ces enjeux.

L'enjeu est ainsi de mettre en place une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à horizon de 10 ans, permettant de définir un schéma de recrutement et de formation, avec une maille territoriale fine tenant compte des situations locales. Ce schéma devra orienter les actions en matière de ressources humaines en santé.

Cette politique régionale doit être transverse puisqu'une mobilisation optimisée des professionnels implique de penser les complémentarités et substituabilités entre eux (médicaux/paramédicaux dans le contexte de l'apparition des compétences avancées, professionnels du soin/de l'autonomie,...). Elle implique également une complémentarité forte entre partenaires variés (conseil régional, assurance maladie, universités, institutions chargées de la formation continue, services de l'Etat chargés de l'emploi tant les métiers du soin et de l'autonomie constituent des perspectives dans une région qui connaît d'importantes poches de chômage). Elle doit mobiliser tout autant les moyens de la formation initiale que ceux de la formation continue. Elle s'appuiera enfin sur la réforme du troisième cycle des études médicales qui constitue une opportunité forte.

Ce plan s'appuiera sur quatre priorités :

- Une meilleure connaissance des ressources existantes, des évolutions prévisibles et des besoins, tant au plan quantitatif (démographie, répartition) que qualitatif (compétences).
- L'analyse du rapport de ces ressources avec les besoins, y compris spécifiques, des populations concernées.
- Sur cette base, la définition concertée d'un schéma de recrutement et de formation territorial des professionnels du soin et de l'autonomie.
- Un dialogue intensif entre partenaires concernés pour intégrer les priorités régionales en matière de santé dans les appareils de formation initiale et continue.
- Une orientation de tous les outils disponibles (assistants partagés, ...) pour éviter ou contrecarrer les zones en difficulté démographique.

### **Programme allocation des ressources financières : dégager des marges de manœuvre, mieux prioriser les financements**

Les dépenses publiques de santé relevant de l'état financier régional obligatoire représentaient en 2016 35,3 Md€, soit 17,4% des dépenses nationales (19,3% pour les établissements de santé, mais 14,2% pour le médico-social,



traduisant le rôle de recours de la région et la structure différente des besoins de santé, ainsi qu'une sous-dotation historique s'agissant du médico-social). Parmi ces dépenses, 8,1 Md€ relèvent de dotations attribuées, avec des marges de manœuvre très diverses, par l'Agence. Ce programme se fonde sur deux orientations majeures :

**Une réorientation de nos crédits d'intervention**, sur lesquels existe une marge de manœuvre, au profit des objectifs prioritaires retenus. Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre d'une programmation pluriannuelle, non nécessairement linéaire, permettant ainsi d'une part de s'assurer de la maturité des nouveaux projets visant à mettre en œuvre les finalités stratégiques, d'autre part de garantir la soutenabilité pour les opérateurs concernés. Par ailleurs, il convient de retenir le principe selon lequel le nouveau projet doit être en lien avec les missions sur lesquelles les marges de manœuvre sont réalisées.

Cette réorientation de crédits aura pour conséquence de limiter nos marges pour subvenir aux difficultés financières de certains opérateurs. Cette démarche va donc supposer le renforcement de l'efficacité des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, et un accompagnement technique (et non plus financier) par l'Agence des structures en difficultés, dont la situation sera objectivée. Dans ce cadre les objectifs prioritaires qui auront été retenus devront être au maximum anticipés de manière à être discutés / construits avec les opérateurs et inscrits dans leur CPOM.

**Un meilleur discernement dans la dépense**, par la promotion d'outils et de méthodes partagées d'aides à la décision pour l'arbitrage de nouvelles actions, ce qui signifie en particulier la définition a priori de l'impact attendu de la mesure nouvelle, mais également de rendre compte a posteriori de l'utilisation des marges de manœuvres. Par ailleurs, il conviendra également de lutter efficacement contre toutes les dépenses inappropriées, en sachant y mettre fin, ce qui sera le plus sûr chemin pour se redonner des marges de manœuvre.

La recomposition de l'offre et la réponse à des besoins croissants doit amener pour faire vivre la démarche de parcours à maximiser la fongibilité des différentes enveloppes financières.

**L'expérimentation de nouveaux modes de financement** devra également permettre de financer la qualité et la pertinence des prises en charge plutôt que leur volume, en cohérence avec l'amélioration des parcours.

### **Programme production et traitement de données : les systèmes d'information au service des parcours et de la connaissance**

Un des enjeux du développement numérique est de faciliter, à travers le déploiement de solutions éprouvées mais aussi l'expérimentation de nouveaux outils, la mise en place d'une organisation orchestrée favorisant :

- La prévention, la formation et l'information,
- La coordination des parcours de santé (amont, aigu, aval), autour du patient, la collaboration entre professionnels et le maintien dans le lieu de vie,
- La mise en œuvre d'innovation organisationnelle et des usages,
- Tout en veillant à la réduction des inégalités de santé. Pour atteindre cet objectif, le numérique doit être accompagné par des personnes spécifiquement formées.

Ainsi, le partage de l'information, la mise à disposition de services numériques, doit permettre de repenser le parcours de santé, en favorisant, par exemple, des pratiques collaboratives innovantes entre les différents professionnels de santé et médico-sociaux ou en étant support de nouvelles organisations comme les structures

territoriales d'appui. De plus, l'avènement de nouvelles technologies communicantes comme la télé-expertise, la télésurveillance, la prise en charge par le patient de sa pathologie, le développement d'outils dans le domaine de la prévention ou du suivi (objets connectés, jeux sérieux par exemple) constituent également des évolutions des modes de prise en charge du patient devant permettre de rendre davantage le patient acteur de sa santé, d'anticiper l'épisode aigu, favoriser une prise en charge ambulatoire de qualité, évitant in fine une hospitalisation.

Si l'objectif premier de développement des nouveaux outils numériques est de servir au quotidien à fluidifier les parcours de santé des usagers, à faciliter leur orientation sur le territoire et d'être un appui à la coordination des professionnels de santé, la richesse d'informations obtenus à travers ces outils et le développement de nouvelles méthodologies et technologies dites « Big Data », qui devront prendre en compte les droits des patients, constituent également un enjeu permettant un traitement de ces données à des fins :

- De pilotage de l'offre de santé par exemple pour comparer l'équilibre entre l'offre et la demande de soins ; analyser le recours aux équipements, les parcours de santé et identifier les filières.
- De santé publique comme par exemple l'analyse des écarts entre territoires ou groupes sociaux, le partage des informations de signalement et de veille sanitaire, la détection précoce d'épidémie (sentinelles numériques), l'observance médicamenteuse.
- De recherche clinique et épidémiologique, les données collectées permettant de faciliter le travail sur des cohortes de patients de faciliter la mise en œuvre et la qualité des registres régionaux ou nationaux.
- De risques et d'alertes sanitaires en facilitant les échanges d'information entre les autorités de régulation, les professionnels de santé et les citoyens.

Au total, la transformation numérique et l'innovation constituent des leviers essentiels pour la transformation du système de santé, s'étendant du service public d'information en santé (SPIS) au partage et à l'échange de l'information entre les professionnels de santé et avec le patient permettant d'améliorer les réponses aux besoins dans leur globalité tout au long du parcours de santé, voire de vie. Ils s'inscrivent ainsi dans le développement de la médecine du futur et de la e-Santé, contribuant par là au développement économique et de compétitivité dans ce domaine.

### **Programme information et communication en santé : la communication intégrée comme levier à part entière de la mise en œuvre des politiques publiques**

L'information et la communication en santé doivent de plus en plus être des leviers à part entière des politiques publiques, notamment en vue de :

- Sensibiliser les habitants et usagers à des comportements plus favorables à la santé.
- Toucher plus directement les professionnels agissant dans le champ de la santé, et mettre en place une relation suivie avec ceux qui seraient intéressés par la participation aux initiatives portées par l'Agence ou sur les territoires.
- Conduire une stratégie de sensibilisation et d'influence à destination des décideurs de politiques publiques non sanitaires mais dont l'impact sur la santé est fort.

Cela implique des modalités de communication plus souples, réactives et personnalisées, qui se développeront sur la durée du PRS et en appui de ses différents objectifs. Cela implique également que l'enjeu du « numérique inclusif en santé » soit systématiquement pris en compte, de manière à ce que les populations ayant le moins facilement accès aux outils numériques (pour des motifs de précarité, de littératie, de handicap...) ne soient pas exclues par ses progrès.



[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)



[@ars\\_IDF](https://twitter.com/ars_IDF)

Agence régionale de santé

IDF-2018-07-23-004

Arrêté n°2018-63 portant adoption du programme régional  
d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022

**Arrêté n°2018-63  
portant adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022  
du projet régional de santé d'Île-de-France**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France**

**Vu** le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L. 1434-6; R.1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

**Vu** le décret du 1er juillet 2015 portant nomination du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;

**Vu** l'avis de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs n°IDF-2018-03-09-004 du 9 mars 2018 ;

**Vu** l'avis rectificatif de consultation sur le projet régional de santé d'Île-de-France publié au recueil des actes administratifs spécial N°IDF-028-2018-0322 du 22 mars 2018 ;

**Vu** l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 29 mai 2018;

**Vu** les avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Paris en date du 28 mai 2018, des Yvelines en date du 19 juin 2018, de Seine-Saint-Denis en date du 3 mai 2018, du Val-de-Marne en date du 1er juin 2018, du Val d'Oise en date du 20 juin 2018;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de Seine-et-Marne, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine ;

**Vu** l'avis du préfet de la région Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 juillet 2018 ;

**Vu** l'avis du conseil régional d'Île-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 3 juillet 2018 ;

**Vu** les avis du conseil de Paris, siégeant en formation de conseil départemental, en date du 4 juillet; du conseil départemental de Seine-et-Marne en date du 15 juin 2018 ; du conseil départemental de l'Essonne en date du 4 juin 2018 ; du conseil départemental de Seine-Saint-Denis en date du 28 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-de-Marne en date du 11 juin 2018 ; du conseil départemental du Val-d'Oise en date du 25 mai 2018 ;

**Vu** les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation du conseil départemental des Yvelines et du conseil départemental des Hauts-de-Seine ;

**Vu** les avis des communes de la région Ile-de-France dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

**Vu** l'avis du conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France sur le projet régional de santé d'Île-de-France en date du 4 avril 2018 ;

## ARRETE

### Article 1

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022 du projet régional de santé d'Île-de-France est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

### Article 2

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022 est consultable sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France à l'adresse suivante :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

Il peut également être consulté au siège de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, 35 rue de la Gare à Paris ainsi que dans les délégations départementales :

Délégation départementale de Paris, 35 rue de la Gare à Paris ;

Délégation départementale de Seine-et-Marne, 49/51 avenue Thiers à Melun ;

Délégation départementale des Yvelines, 143 boulevard de la Reine à Versailles ;

Délégation départementale de l'Essonne, 6/8 rue Prométhée à Evry ;

Délégation départementale des Hauts-de-Seine, 55 avenue des Champs Pierreux à Nanterre ;

Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, 5/7 promenade Jean Rostand à Bobigny ;

Délégation départementale du Val-de-Marne, 25 chemin des Bassins à Créteil ;

Délégation départementale du Val-d'Oise, 2 avenue de la Palette à Cergy-Pontoise.

### Article 3

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Île-de-France.

### Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication

Fait à Paris, le 23 juillet 2018

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France

**Signé**

Christophe DEVYS

**PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ  
2018 - 2022**

**ars**  
●● Agence Régionale de Santé  
Île-de-France



**AMÉLIORONS  
LA SANTÉ  
DES FRANCILIENS**

Accompagnement  
des plus démunis

**PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS**

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>ELEMENTS DE METHODE ET DE SUIVI.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DES PERSONNES DEMUNIES ELOIGNEES DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>8</b>
3.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	8
3.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	12
3.2.1	<i>Développer la médiation en santé.....</i>	12
3.2.2	<i>Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé.....</i>	13
3.2.3	<i>Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé .....</i>	14
<b>4</b>	<b>FAVORISER ET RENFORCER L'ACCES A LA SANTE DES PERSONNES DEMUNIES.....</b>	<b>15</b>
4.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	15
4.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	19
4.2.1	<i>Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé.....</i>	19
4.2.2	<i>Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels .....</i>	20
4.2.3	<i>Promouvoir la prise en charge médicale des publics démunis.....</i>	21
4.2.4	<i>Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé.....</i>	22
4.2.5	<i>Renforcer le rôle des PASS au sein des territoires.....</i>	24
4.2.6	<i>Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives. Veiller à la bonne application du droit.....</i>	25
<b>5</b>	<b>INSCRIRE LES PERSONNES DANS UN PARCOURS DE SANTE .....</b>	<b>26</b>
5.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	26
5.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	29
5.2.1	<i>Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux.....</i>	29
5.2.2	<i>Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé.....</i>	31
5.2.3	<i>Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies .....</i>	32
5.2.4	<i>Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM).....</i>	33
5.2.5	<i>Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs.....</i>	34
5.2.6	<i>Renforcer l'intervention auprès des femmes sans « chez-soi ».....</i>	35
5.2.7	<i>Développer l'observation sur le non recours aux soins de santé .....</i>	36
<b>6</b>	<b>MIEUX REpondre AUX PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE ET DE TROUBLES PSYCHIQUES .....</b>	<b>37</b>
6.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	37
6.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	41
6.2.1	<i>Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires.....</i>	41
6.2.2	<i>Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie .....</i>	42
6.2.3	<i>Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI), .....</i>	43
6.2.4	<i>Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille.....</i>	44
<b>7</b>	<b>RENFORCER LES REPONSES AUX CONDUITES ADDICTIVES .....</b>	<b>46</b>
7.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	46



7.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	48
7.2.1	<i>Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) ..</i>	48
7.2.2	<i>Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie.....</i>	49
7.2.3	<i>Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives .....</i>	50
<b>8</b>	<b>MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI EN PERTE D'AUTONOMIE (VIEILLISSANTES OU EN SITUATION DE HANDICAP).....</b>	<b>51</b>
8.1	CONTEXTE/ENJEUX.....	51
8.2	OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRECONISEES .....	54
8.2.1	<i>Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées » .....</i>	54
8.2.2	<i>Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance .....</i>	55
8.2.3	<i>Informers les acteurs sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.....</i>	56
8.2.4	<i>Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée .....</i>	57
8.2.5	<i>Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation .....</i>	58
8.2.6	<i>Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes .....</i>	59
<b>9</b>	<b>CONTRIBUTEURS.....</b>	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>61</b>

## GLOSSAIRE

<b>ACT</b> : Appartements de Coordination Thérapeutique	<b>CSAPA</b> : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>ADF</b> : Assemblée des Départements de France	<b>Dd</b> : Délégation Départementale (ARS IdF)
<b>AHI</b> : Secteur d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion	<b>DDCS (PP)</b> : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
<b>AME</b> : Aide Médicale d'Etat	<b>DIRECCTE</b> : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
<b>AP- HP</b> : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	<b>DMS</b> : Durée moyenne de séjour
<b>ARS</b> : Agence régionale de santé	<b>DOSMS</b> : Direction de l'offre de soins et médico-sociale
<b>ASE</b> : Aide Sociale à l'Enfance	<b>DPC</b> : Développement Professionnel Continu
<b>ASH</b> : Aide sociale à l'hébergement	<b>DPSRI</b> : Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (ARS IdF)
<b>ASV</b> : Atelier Santé Ville	<b>DRIHL</b> : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
<b>BAPSA</b> : brigade d'assistance aux personnes sans-abri	<b>DRJSCS</b> : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>CAARUD</b> : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	<b>DS</b> : Direction de la stratégie (ARS IdF)
<b>CAES</b> : Centres d'Accueil et d'Examen de Situation (pour migrants)	<b>EHPAD</b> : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>CCAS</b> : Centre Communal d'Action Sociale	<b>ELSA</b> : Equipe Liaison Soins Addictologie
<b>CCPP</b> : Commission de coordination des politiques publiques	<b>EMPP</b> : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
<b>CeGIDD</b> : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles	<b>EMSP</b> : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
<b>CHRS</b> : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	<b>ESI</b> : Espace Solidarité Insertion
<b>CHU</b> : Centre d'Hébergement d'Urgence	<b>ETECAF</b> : Ensemble des Troubles causés par l'alcoolisation Fœtale
<b>CHUM</b> : Centre d'Hébergement d'Urgence pour migrants	<b>FAM</b> : Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>CLAT</b> : Centre de lutte contre la tuberculose	<b>FAS</b> : Fédération des acteurs de la solidarité
<b>CLS</b> : Contrat local de santé	<b>FémasIF</b> : représente en Île-de-France la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé
<b>CLSM</b> : Conseil local de santé mentale	<b>FNCS</b> : Fédération Nationale des Centres de Santé
<b>COFIL</b> : Comité de pilotage	<b>FIR</b> : Fond d'Intervention Régional
<b>CPA</b> : Centre de Premier Accueil	<b>GIP</b> : groupement d'intérêt public
<b>CPAM</b> : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>GHT</b> : Groupement Hospitalier de Territoire
<b>CPOM</b> : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	<b>HAD</b> : hospitalisation à domicile
<b>CPTS</b> : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	<b>HAS</b> : Haute Autorité de Santé
<b>CREDOC</b> : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie	<b>HPST</b> : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». IdF : Île-de-France
<b>CRSA</b> : Conférence régionale de santé et de l'autonomie	<b>INPES</b> : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Agence Santé Publique France)

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IREPS** : Instance Régionale d'Education Pour la Santé

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**LAM** : Lits d'Accueil Médicalisés

**LAMPES** : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale

**LAEP** : lieux d'Accueil Enfants Parents

**LHSS** : Lits halte soins santé

**LMSS** : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

**LUP** : Ligne Urgence Précarité

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

**MAS** : maison d'accueil spécialisée

**MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

**MDM** : Médecins du Monde (Association)

**MDO** : maladies à déclaration obligatoire

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MG** : Médecin Généraliste

**MIG** : Mission d'Intérêt Général

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**PAERPA** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)

**PAG** : Plan d'Accompagnement Global

**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**PFIDASS** : Plateforme Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

**PLANIR** : Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PPS** : Prévention Promotion de la Santé

**PRAPS** : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

**PRENAP** : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes précaires

**PREPS** : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

**PRS** : Projet régional de santé

**PTA** : Plateforme territoriale d'appui

**PUMa** : Protection Universelle Maladie

**QPV** : quartier politique de la ville

**RASA** : Rapport d'Activité Standardisé Annuel

**RCP** : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

**RDRD** : Réduction des risques et des dommages

**REMI** : Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (Projet pour)

**RESAD** : Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SIAO** : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

**SNS** : Stratégie Nationale de Santé

**SPIP** : Services pénitentiaires d'insertion et de probation.

**SRAIOPS** : Service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes sortantes (de prison)

**SRHH** : Schéma Régional de l'Hébergement et du Logement

**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**TROD** : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

**UF** : Unité de Fonctionnement

**UD-DRIHL** : Unité départementale de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## 1 INTRODUCTION

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est dédié aux personnes en situation de grande pauvreté. Il a vocation à **renforcer l'accès aux soins et à la santé de ces publics au sein du système de santé de droit commun** et s'inscrit ainsi dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé portée par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IdF). Il constitue un des volets de son Projet régional de santé (PRS).

Ce deuxième PRAPS depuis la création de l'Agence en 2010, privilégie une approche plus resserrée et opérationnelle permettant un meilleur suivi des préconisations sur les cinq prochaines années.

Il se situe néanmoins dans la continuité du PRAPS initial.

La corrélation entre la vulnérabilité sociale et l'état de santé dégradé reste forte, dans le contexte de pauvreté en aggravation et devant les difficultés des populations concernées à trouver des réponses appropriées en termes d'orientation et de construction de parcours de santé. De nombreux rapports et expertises en attestent<sup>1</sup>.

Dans ce contexte, les modalités opératoires à mettre en œuvre sont complexes et confirment d'emblée la nécessité de poursuivre les travaux engagés sur :

- **l'accompagnement transversal, pluridisciplinaire et plurisectoriel des publics** les plus éloignés du système de santé,
- **les ponts à bâtir entre les professionnels** issus des trois secteurs d'intervention que sont le sanitaire (incluant la psychiatrie et le champ des addictions), le médico-social et le social,
- **la montée en compétence des acteurs** face à une pauvreté en aggravation.

C'est une orientation majeure rappelée dans ce nouveau PRAPS.

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 2 : Bibliographie

## 2 Éléments de méthode et de suivi

La construction de ce programme résulte d'un large processus de concertation, mené avec les différentes parties prenantes de la santé et du social<sup>2</sup> intervenant en direction des publics très démunis. Les travaux, conduits durant le printemps 2017, ont été structurés via des réunions plénières et des groupes de travail réunissant des partenaires de l'Agence<sup>3</sup>. Chaque groupe de travail a fait l'objet d'un copilotage interne et externe. Les travaux ont pris appui sur les éléments de synthèse apportés par le bilan du premier PRAPS<sup>4</sup>.

Dans sa forme, ce programme n'a pas été agencé à partir d'un abord populationnel traitant spécifiquement de tel ou type de public, comme les personnes en errance, les personnes migrantes ou les personnes sortantes de prison. Il est destiné à l'ensemble des populations les plus vulnérables quelle que soit leur situation administrative, de genre ou de vie.

Sa structuration comporte six axes, dont :

- Trois axes transversaux portant sur :
  - L'accompagnement personnalisé
  - L'accès à la santé
  - Le parcours de santé
  
- Trois axes spécifiques traitant de :
  - La santé mentale et les troubles psychiques
  - Les conduites addictives
  - La situation des personnes en perte d'autonomie

Par ailleurs il ne développe pas un certain nombre de sujets traités autre part, dans le cadre du PRS ou de plans/schémas spécifiques, comme le sujet de l'habitat indigne ou la santé des personnes placées en centres de détention.

Il ne cherche pas non plus l'exhaustivité. Sa logique procède de l'identification collective d'un certain nombre de thématiques pouvant se révéler structurantes pour l'action partenariale des prochaines années.

---

<sup>2</sup> Cf. annexe 1 : liste des partenaires ayant participé aux groupes de travail

<sup>3</sup> D'avril à juin 2017 : quatre groupes de travail se sont réunis de trois à quatre fois autour de la définition des enjeux, puis des objectifs opérationnels, ensuite validés lors des réunions plénières (4 au total), soit un total de 18 réunions. Entre les mois de juillet et décembre 2017, a été réalisé un travail de validation interne avec les partenaires institutionnels, en lien avec les travaux portant sur la Stratégie Nationale de Santé (SNS). De janvier à avril 2018, le document a été soumis à un processus de consultation auprès des instances de la démocratie sanitaire.

<sup>4</sup> Cf. Bilan du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins 2013-2017, disponible sur le site de l'ARS

A un autre niveau, les travaux du PRAPS 2 s'articulent avec ceux de la future "stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes"<sup>5</sup>, elle-même inscrite dans la prolongation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (plan gouvernemental, mis en place en 2013, piloté sur la région par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et auquel l'Agence a apporté sa contribution en lien avec ses partenaires).

Soulignons enfin que les approches développées ici, centrées sur la grande précarité, ne doivent pas occulter les besoins spécifiques identifiés au sein des territoires et/ou auprès de publics défavorisés. L'enjeu au niveau de l'Agence est aussi celui de la prévention des risques de basculement des populations pauvres (et parfois invisibles comme les personnes âgées résidant en logement diffus...) vers l'exclusion. Mais c'est le sens même de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé portée par l'ensemble du PRS.

### **Gouvernance et suivi**

La gouvernance et le suivi seront organisés, en continuité avec le dispositif mis en place au cours du programme précédent, avec :

- un Groupe régional partenarial de suivi associant les différentes parties prenantes, lequel se réunira au moins une fois par an en relation avec le réseau des référents PRAPS internes à l'Agence et des représentants des personnes accueillies et hébergées ;
- des Comités de suivi spécifiques aux programmes de mise en œuvre ;
- des dynamiques de travail propres à chaque Délégation Départementale (Dd) de l'Agence, afin de tenir compte des spécificités des territoires.

Il s'agit d'autant d'espaces de concertation et de mobilisation de mise en œuvre du programme, permettant de s'assurer de son adaptation territoriale.

Par ailleurs, un comité de pilotage resserré, associant des représentants de l'Assurance Maladie, de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) et de la DRJSCS aura la mission d'analyser régulièrement l'état d'avancement des mesures préconisées. Il se réunira autant que de besoin.

Le suivi de la mise en œuvre du programme est coordonné par la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (DPSRI), en collaboration avec la Direction de la Stratégie (DS) et en lien avec les pilotes des actions. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Île-de-France participe à l'identification des indicateurs de suivi et de résultats.

---

<sup>5</sup> Et dont les grandes lignes concernent la prévention de la pauvreté (les situations susceptibles de faire basculer dans la pauvreté), le repérage et les actions d'accompagnement des personnes en difficulté, la lutte contre la grande pauvreté (notamment pour les familles monoparentales, qui concentrent environ le tiers des situations de pauvreté) et le renforcement de la gouvernance, afin de garantir l'efficacité du plan d'action.

## **3 Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées du système de santé**

### **3.1 Contexte/enjeux**

Précarité et pauvreté sont facteurs de mauvaise santé<sup>6</sup>. Pourtant le recours aux soins se révèle souvent tardif chez les personnes les plus démunies, en général à un état avancé dans la maladie. En cause, bien sûr, les obstacles financiers et la baisse de la démographie médicale, mais aussi les difficultés à s'orienter dans le système de santé, à se projeter dans l'avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à être à l'écoute des signes de souffrance de son corps, à exprimer des demandes...

Pour ces raisons, il est important de mobiliser des outils d'accompagnement et des méthodes d'intervention tels que la médiation, l'interprétariat et le « aller-vers », qui sont présentés dès le début de ce document, car ils s'appliquent à l'ensemble des axes mis en avant au sein de ce deuxième PRAPS. Leurs concepts sont précisés ci-dessous.

Les principes de la médiation et de l'interprétariat sont reconnus dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 (art. L1110 - 13). Ils permettent d'aider les patients à mieux comprendre et utiliser le système de santé. Des référentiels ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2017, portant sur les compétences, la formation et les bonnes pratiques des acteurs, ainsi que sur leur place dans le parcours de soins des personnes concernées<sup>7</sup>.

Pour l'ARS et l'ensemble des acteurs du système de santé, la nécessité d'un recours renforcé à ces outils et ces méthodes s'impose aujourd'hui, par le biais d'une meilleure appréhension des ressources existantes, de leur promotion et de leur développement au sein de la région.

#### **La médiation en santé**

La médiation s'appuie sur l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations avec le système de santé.

---

<sup>6</sup> Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Écrits. Paris : Economica, Sociologiques 2010. p. 43 - 77.

<sup>7</sup> La place de l'interprétariat et de la médiation ont fait l'objet de rapports (références ci-dessous) afin d'améliorer les bonnes pratiques dans le cadre du soin.

- Projet Européen T-SHARE (novembre 2009-octobre 2011) [www.tshare.eu](http://www.tshare.eu)

Améliorer les modèles européens de la santé et des systèmes de soins afin de les rendre plus accueillants pour les migrants,  
Améliorer les relations entre les professionnels de la santé et du soin, les médiateurs culturels et les communautés immigrées,  
Valoriser les différentes visions, approches, connaissances ou compétences propres aux cultures des migrants.

- Projet Européen AMAC (2010), sous l'égide de l'OIM [http://ec.europa.eu/health/newsletter/105/focus\\_newsletter\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/newsletter/105/focus_newsletter_fr.htm)

Rapport d'expertise (2010) concernant la formation des professionnels de la santé mentale et du social à travers l'Europe sur des problématiques culturelles.



Le médiateur est donc un tiers facilitateur, neutre et indépendant. Il intervient en apportant de l'information sur l'accès aux soins, en accompagnant individuellement les personnes dans leur parcours de santé, en les soutenant dans leurs démarches administratives, en proposant des actions d'approches communautaires sur les questions de santé (comme au sein des bidonvilles). Il peut aussi intervenir dans la résolution des conflits en cas de relation tendue avec un professionnel du soin ou du social, ou face à certaines représentations du soin et de la maladie. Mais l'essence même de son action est d'aider la personne à devenir plus autonome dans son parcours de santé.

Deux principes directeurs guident cette action : le « aller-vers » (au sens de déplacement dans les lieux fréquentés par les personnes démunies et/ou par les intervenants) et le « faire avec » les personnes ciblées (et non pas à leur place).

Différents termes sont utilisés : médiation en santé, médiation sanitaire, médiation communautaire, médiation interculturelle en santé, médiation en santé publique... Ils sont considérés comme proches par la HAS, du moment qu'il s'agit de faire le lien entre les personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part et les acteurs du système de santé d'autre part<sup>8</sup>. **Il est convenu ici, en lien avec le plus grand nombre de partenaires, d'utiliser les termes de médiation en santé**, employés par le référentiel HAS produit en octobre 2017. Cela permet de distinguer cette forme de médiation d'autres formes plus institutionnelles pouvant exister au sein du système de santé, avec les médiateurs médicaux ou paramédicaux intervenant en cas de plaintes ou de réclamations.

Il n'en demeure pas moins que certains acteurs franciliens ont souhaité faire valoir l'intérêt qu'il y aurait à privilégier aussi les termes de « médiation sociale dans le domaine de la santé », partant du principe que toutes les approches concourent au même objet : celui de l'amélioration du lien social. L'enjeu est ici, à travers cette dénomination plus générale, celui de la reconnaissance même du métier de médiateur social, ce qui n'est pas encore le cas.

Les concepts de médiateur pair, d'expert usager ou d'adulte-relai font appel à la notion d'entraide entre personnes ayant des expériences de vie proches. C'est le cas d'anciens patients, ou patients stabilisés, intervenant auprès de personnes souffrant de la même problématique de santé. Ces terminologies s'inscrivent pareillement dans le cadre de la médiation sociale dans le domaine de la santé. Cette entraide s'exprime à travers le partage du vécu (notamment dans le parcours de rétablissement) et le partage de l'expérience. Elle passe aussi par le soutien relationnel et le conseil dans les démarches d'accès aux droits<sup>9</sup>, comme pour tout autre médiateur.

La région Île-de-France compte un certain nombre d'opérateurs déjà impliqués dans le domaine de la médiation, dont certains dans le cadre d'un programme inter-associatif national de médiation sanitaire, lui-même inscrit dans le plan national pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.<sup>10</sup>

8 Référentiel HAS médiation en santé – octobre 2017 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

9 En savoir plus sur <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale>

10 Le Programme national de médiation sanitaire fait suite à un programme expérimental, élaboré sur la base du constat d'un état de santé très préoccupant des populations roms migrantes vivant en squat ou en bidonville. Il consiste à développer des actions de médiation pour favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité, par leur intégration dans le système de santé de droit commun, mais aussi à améliorer les connaissances des acteurs de santé vis-à-vis de ces personnes. Le programme est coordonné au niveau national par l'ASAV - association pour l'accueil des voyageurs - qui assure notamment le suivi et l'évaluation des actions, l'appui et la mise en réseau des associations locales et la formation initiale et continue des médiateurs.



### **L'interprétariat**

L'accompagnement des personnes allophones peut nécessiter le recours à un interprète.

L'interprétariat professionnel a des règles de fonctionnement, de formation (compétences sémantiques et conceptuelles), d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel). L'interprète ne doit pas être simplement une personne parfaitement bilingue, mais un professionnel formé à l'écoute et en capacité à rester dans une attitude de profonde neutralité, tout en garantissant le respect de la confidentialité. Il participe au libre choix et à l'autonomie des personnes dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. Il limite les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois à certaines représentations culturelles du soin et de la maladie.

Sa présence dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir un premier niveau de communication favorisant la relation soignant-soigné.

Il est possible de faire appel à des compétences linguistiques internes aux équipes soignantes, aux partenaires, et/ou d'utiliser un logiciel de traduction, voire d'autres outils comme des livrets santé bilingues... Mais dans certaines situations particulières ou complexes, comme en cas de psycho-traumatisme ou de consultation d'annonce, l'intervention d'un interprète professionnel en direct reste nécessaire.

De son côté, l'interprétariat réalisé par un proche se révèle parfois délicat et insatisfaisant pour aborder les questions de santé. Il s'agit d'être très attentif à la place laissée à cette aide et de s'assurer de la neutralité bienveillante du traducteur.

Enfin, il n'existe pas de service public de l'interprétariat en France. La question du financement de cette prestation reste à définir : son coût grève une partie du budget des opérateurs dans un contexte de besoins croissants, notamment à cause de l'arrivée constante de personnes migrantes en Île-de-France.

### **Les interventions au plus proche des publics (le « aller-vers » en santé)**

Le concept de « aller-vers » désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé.<sup>11</sup> L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, puis de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun enfin de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

La rue représente un espace privilégié pour de telles approches.

Mais les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les endroits de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement peuvent aussi être investis.

---

Suite aux résultats positifs de l'évaluation du programme, la promotion de la médiation sanitaire en direction des Gens du voyage a été incluse.

<sup>11</sup> Addiction Méditerranée, 2015; McCluskey, 2016; Pichon, Franguiadakis, & Laval, 2000; Roy, Otis, Vallancourt, & Côté, 2013.

Toutes les actions se réclamant d'une démarche d'« aller vers » ne nécessitent pas pour autant un déplacement physique des intervenants. Elles peuvent se déployer virtuellement, par téléphone, par mail, voire par internet, dans certains contextes et auprès de certaines populations non visibles dans l'espace public (par le biais de forum ou de tchat spécialisés par exemple autour de la prostitution). Le déplacement peut aussi être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les codes du public cible et ceux des intervenants (à travers la pratique du non-jugement, le recrutement de personnel pair, l'adaptation des horaires d'ouverture...). L'« aller-vers » symbolique relève d'un travail interne aux équipes visant une meilleure accessibilité et attractivité de leurs interventions.

Que le déplacement soit physique, symbolique ou virtuel, l'absence de demande de la personne ciblée et l'intervention hors les murs amènent les professionnels à faire évoluer leur position et à adapter leurs actions.

Dans le champ du « aller-vers », on identifie ainsi différentes formes d'intervention qui appellent à mieux comprendre les pratiques structurantes communes, comme :

- les maraudes sociales ;
- les maraudes médicalisées ;
- les équipes mobiles sanitaires (telles que l'équipe mobile tuberculose, ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- les équipes mobiles de réduction des risques (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues [CAARUD], associations intervenant dans les lieux de prostitution...);
- les permanences délocalisées d'orientation médicale ou proposant des actions de prévention, de sensibilisation et de réduction des risques et des dommages (RDRD), avec repérage et orientation vers les structures spécialisées de type CAARUD et CSAPA (comme des permanences ou consultations avancées de CSAPA au sein des structures sociales d'accueil et d'hébergement) ;
- des permanences d'accès aux droits et au dépistage de maladies infectieuses et de facteurs de risques cardio-vasculaires organisées par l'Assurance maladie à l'intérieur de structures d'accueil de publics vulnérables ;
- le recours à des volontaires du service civique, dans certains établissements hospitaliers;
- ...

## 3.2 Objectifs et interventions préconisées

### 3.2.1 Développer la médiation en santé

- Réaliser un **état des ressources en médiation en santé** sur la région, conduisant à des préconisations et des recommandations.
- **S'assurer de la disponibilité d'un service en médiation en santé** auprès des personnes en errance, à la rue, dans les campements, dans les services d'urgence, dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dans les maternités et plus largement s'assurer d'une couverture d'offre de service de médiation dans chacun des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Et **promouvoir les démarches d'auto-évaluation accompagnées**.
- **Soutenir les approches de médiateurs-pairs et d'usagers experts<sup>12</sup> dans les champs de la santé mentale**, des conduites addictives, etc, en qualité d'experts du quotidien (en se préoccupant de la valorisation des acquis de leur expérience pour leur compétence en médiation).
- Soutenir le réseau des acteurs dans **la reconnaissance d'un statut de médiateur (trice) social(e)** (avec les exigences de qualification en regard).
- **Soutenir la formation en santé des médiateurs sociaux**, en lien avec le plan régional de professionnalisation des adultes relais, sous l'égide de la DRJSCS et de la Fédération régionale des associations de médiation sociale et culturelle.

#### Acteurs (du développement de la médiation)

Pilote : ARS  
Copilotes : DRJSCS  
Partenaires : Opérateurs sanitaires et sociaux, opérateurs de la médiation

#### Calendrier

Etat des lieux continu lancé en 2018  
Renfort de la présence : dès 2018

#### Territoire(s)

Région  
Avec une attention spécifique sur les bidonvilles, les territoires en politique de la ville, les villes en contrat local de santé (CLS).

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

- Réalisation d'un état des lieux des ressources et des besoins en médiation en santé et médiation par des pairs (T0).
- Etat annuel du nombre de médiateurs « sociaux » et de médiateurs pairs intervenant dans le domaine de la santé identifiés en Île-de-France.
- Etat de la progression de l'offre de service de médiation (en interne ou par conventionnement) au sein des GHT, au niveau des services d'urgence, des PASS et des maternités.
- Rapports d'auto-évaluation des opérateurs, comportant une analyse de la plus-value dans l'accès aux soins et l'autonomisation des publics bénéficiant de la médiation
- Mise en place d'un programme coordonné au niveau régional, de formation en santé des adultes relais (DRJSCS/ARS). Construction d'un contenu de formation. Nombre de personnes formées.
- Etat des actions concertées auprès du ministère pour la reconnaissance du statut de médiateur « social » en lien avec les acteurs concernés.

<sup>12</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-regions/hauts-de-france/article/l-usager-expert-acteur-de-l-amelioration-des-pratiques-professionnelles>

### 3.2.2 Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé

- **Mettre en place une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat « professionnel » dans le domaine de la santé**, en lien avec les réseaux existants : identification des intervenants et des supports de traduction mobilisables (avec certification des compétences), mutualisation et renégociation de contrats à l'échelle régionale, mises en lien avec les organismes de formation ou les universités formant des étudiants en langues rares, recherche de modalités de soutenabilité financière, mise en place d'une plate-forme régionale d'appui et d'accès libre, capitalisation des expériences, soutien aux actions de formation croisée entre interprètes professionnels et soignants, ...
- **Renforcer l'accès à l'interprétariat au sein de chaque GHT, en individualisant une personne référente sur « l'interprétariat professionnel »** à l'échelle de chaque GHT (et qui sera plus particulièrement chargée d'organiser et de soutenir les pratiques collaboratives entre soignants et interprètes).
- **En lien avec la DRJSCS, favoriser l'acquisition de la maîtrise du français** et renforcer l'intégration de la thématique santé au sein des ateliers sociolinguistiques.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRJSCS  
Partenaires : Opérateurs en santé, structures spécialisées en interprétariat, OFII

#### Calendrier

Organisation d'une journée d'échange régionale en 2019  
Plateforme opérationnelle en 2020/2021

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

- Accessibilité d'un contenu d'information inscrit sur le site de l'Agence et portant sur l'offre disponible en interprétariat dans la région.
- Evolution du % annuel des GHT ayant positionné une personne référente sur l'interprétariat professionnel.
- Evolution du % d'établissements publics de santé ayant passé une convention claire et reconnue avec un organisme d'interprétariat professionnel.
- Etat de la création d'une plate-forme téléphonique régionale en libre accès.
- Etat de la mutualisation à l'échelle régionale des contrats passés avec les organismes d'interprétariat (renégociations de tarifs préférentiels).
- Etudes permettant de mieux appréhender les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis des différentes modalités d'interprétariat (en PASS, à l'AP-HP)
- Identification des bonnes pratiques en matière de moyens de communication visant la bonne compréhension et l'accessibilité aux services de santé.

### 3.2.3 Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé

- Mettre en place **une plateforme ressources régionale des actions de « aller-vers » en santé** visant à appuyer la coordination, la couverture et le suivi des interventions.
  - Organisation d'une **coordination interinstitutionnelle (ARS-DRIHL-DDCS) à l'échelle régionale, et infra-territoriale** ;
  - Elaboration de **recommandations de bonnes pratiques des interventions de aller-vers** avec un lexique commun et un cahier régional de bonnes pratiques (modalités opératoires, indicateurs et outils de suivi) ;
  - **Identification des éléments de planification des interventions selon les publics visés et les besoins des territoires.**
- **Renforcer la couverture territoriale des maraudes mixtes « santé/social » :**
  - Développement des approches de « aller-vers » pluridisciplinaires et/ou à travers des coopérations renforcées entre les acteurs des différents champs (social, somatique, santé mentale, addictions, adultes et enfants - à l'exemple de maraudes communes sociales/CAARUD et CAARUD/EMPP), en direction notamment des personnes résidant dans les bidonvilles, des femmes en période périnatale et/ou accompagnées de jeunes enfants hébergées à l'hôtel, des femmes isolées, des jeunes en errance, des personnes malades chroniques et/ou en perte d'autonomie.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL (et UD-DRIHL ou DDCS dans les départements)  
Partenaires : Structures associatives, acteurs du système de santé

#### Calendrier

Etat des lieux 2018

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

Indicateurs intermédiaires : état du recensement des ressources et des coordinations existantes, typologie des actions, état des besoins des publics cibles.

Indicateurs de résultat :

Proposition de schéma d'organisation à l'échelle des territoires avec éléments de planification des interventions et calendrier de déploiement.

Etat de la progression du nombre de maraudes conjointes sociales et sanitaires en lien avec les CAARUD, CSAPA et EMPP.

Référentiel opposable des actions de aller-vers

## 4 Favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies

### 4.1 Contexte/enjeux

L'Île-de-France est un territoire particulièrement hétérogène où se cristallisent inégalités, difficultés sociales et exclusions.

Les données disponibles produites par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indiquent qu'en 2014, 15,6 % des Franciliens disposaient de moins de 1008 euros par mois par unité de consommation, vs 14,1% au niveau national.

Selon le même organisme, en 2016, 13,9 % de la population française vivait sous le seuil de pauvreté, soit près de 9 millions de personnes, parmi lesquelles **un enfant sur cinq**.

Le taux de pauvreté a augmenté de 54% entre 2004 et 2013.

**Près d'un Francilien sur six est pauvre<sup>13</sup>, mais cette pauvreté n'est pas répartie de manière homogène au sein de l'Île-de-France et s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés.** Elle est prégnante au nord de Paris, particulièrement dans la partie ouest de la Seine-Saint-Denis, dans certaines zones à l'ouest du Val-de-Marne, ainsi que dans quelques territoires de grande couronne, comme à Évry dans l'Essonne ou encore Pontoise dans le Val-d'Oise. Dans certains quartiers, notamment ceux de la politique de la ville (QPV), le taux de pauvreté atteint jusqu'à 60 %. En Seine-Saint-Denis, par exemple, près de trois habitants sur dix sont pauvres.

**Un sujet majeur : celui de la grande pauvreté dans la région.<sup>14</sup>**

Selon l'INSEE, la grande pauvreté a progressé de 0.5 points sur la totalité de la population de la région entre 2007 et 2011 (de 2,8 % à 3,3 %), pour se chiffrer à près de 400 000 personnes en 2011.

Fin 2017, le nombre de personnes hébergées chaque jour en Île-de-France par l'État dans le cadre de son dispositif d'hébergement et de logement adapté est de plus de 100 000 personnes. Le nombre de places d'hébergement a augmenté de 10 % en un an, de 28 % en deux ans et de près de 50 % en trois ans<sup>15</sup>.

En dépit de ce renforcement des capacités d'hébergement et afin de mettre à l'abri au quotidien les publics les plus vulnérables, notamment les familles avec enfants, l'État a dû ces dernières années avoir de plus en plus recours à l'hébergement à l'hôtel : le nombre de nuitées hôtelières quotidiennes atteint aujourd'hui le chiffre de 39 000.

La population hébergée à l'hôtel est presque exclusivement composée de familles (pour 95 %) et de personnes jeunes (50 % sont mineures)<sup>16</sup>

13 INSEEE analyse, N° 67, décembre 2017.

14 On qualifie de personnes en situation de grande pauvreté celles qui ne disposent que d'un revenu inférieur à 40 % du revenu médian en France.

15 Sources DRIHL

16 Source : DRIHL - Enquête flash sur le profil du public hébergé dans le dispositif hôtelier dans la nuit du 06 au 07 mai 2015.

Au 31 décembre 2017, l'Île-de-France comptait 113 campements et bidonvilles où résidaient près de 5 400 personnes.<sup>17</sup>

Alors que la domiciliation administrative représente un enjeu fort pour les personnes sans domicile stable (en restant un préalable à toute ouverture de droit), les capacités de domiciliation de certaines structures domiciliataires sont aujourd'hui saturées, notamment sur les territoires où l'offre est la plus concentrée (en Île-de-France, au 31 décembre 2015, 127 112 attestations de domicile étaient en cours de validité).<sup>18</sup>

Enfin, près de 8 familles sur 10, dont 2 enfants sur 3, hébergés à l'hôtel, souffrent d'insécurité alimentaire.<sup>19</sup>

### **Une région fortement impactée par l'arrivée des migrants et des réfugiés**

Depuis 2015, l'afflux massif de personnes fuyant l'instabilité politique, les crises économiques et les conflits que connaissent certains pays a conduit à une trentaine d'opérations de mise à l'abri et à l'ouverture de près de 10 000 places d'hébergement dédié réparties dans 90 centres en Île-de-France.

L'ouverture en novembre 2016 d'un centre de premier accueil (CPA), financé par l'État et la Ville de Paris, situé à la porte de La Chapelle et où sont accueillis les hommes isolés, ainsi que celle par la suite d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU) Familles, situé à Ivry, ont permis de réduire le nombre d'opérations de mise à l'abri. Depuis fin 2017, l'ouverture de centres d'accueil et d'évaluation des situations administratives (CAES) dans plusieurs départements permettra de proposer aux personnes migrantes un hébergement, accompagné d'une évaluation de leur situation administrative et d'une réorientation vers un dispositif adapté à l'hébergement des demandeurs d'asile ou des réfugiés.

Depuis le mois de juin 2015, ce sont environ 50 000 propositions d'hébergement qui ont été faites en Île-de-France : 30 000 suite à des opérations de mise à l'abri, 19 000 personnes accueillies au CPA de Paris et 1000 personnes dans les CAES franciliens.

<sup>17</sup> Données Préfecture d'Île-de-France. Novembre 2017.

<sup>18</sup> Source : DRIHL : Enquête SOLEN données 2015.

<sup>19</sup> Enquête ENFAMS menée par l'Observatoire du Samu-Social de Paris auprès de 801 enfants et familles sans logement en Île-de-France, publiée en octobre 2014.

**Les constats partagés avec les opérateurs sont les suivants :**

- la persistance de difficultés récurrentes d'accès aux droits à la santé, notamment pour les personnes migrantes nouvellement arrivées ;
- la présence de nombreuses situations de renoncement aux soins (notamment pour l'accès aux soins bucco-dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques ou psychiatriques), pour des raisons à la fois d'ordre économique, de méconnaissance voire de défiance vis-à-vis du système de soins, de raréfaction de l'offre accessible<sup>20</sup>, de longueur de délais d'attente... ;
- des situations individuelles médicales et sociales complexes avec des facteurs cumulatifs de vulnérabilité nécessitant une mobilisation d'acteurs au sein d'une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle ;
- l'insuffisance d'information des professionnels de santé sur les dispositifs et les acteurs ressources/sociaux de proximité, freinant leur mobilisation ;
- la nécessité d'engager des modalités d'action de type « aller-vers » auprès des personnes démunies pour qui la santé n'est pas la priorité.

---

<sup>20</sup> Un sujet traité plus largement dans le cadre du PRS.



Les enjeux sont les suivants :

- mieux caractériser les causes du non accès aux droits à la santé, en particulier celles dûes à la complexité des dispositifs ;
- renforcer le repérage précoce des situations à risque élevé de renoncement aux soins ;
- rendre davantage lisibles les droits et les ressources de proximité mobilisables pour en renforcer l'accessibilité ;
- mieux sensibiliser les acteurs de terrain et les intervenants de première ligne, médicaux, éducatifs, sociaux... aux besoins de santé et aux difficultés rencontrées par les personnes démunies pour les impliquer davantage dans la prise en charge et l'accompagnement des publics ;
- veiller à l'effectivité des réponses apportées par le système de santé (en termes notamment de gestion concertée, de délais de prise en charge) à travers une large coordination entre partenaires. Renforcer l'efficience des prises en charge.

## 4.2 Objectifs et interventions préconisées

### 4.2.1 Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé

- **Systématiser le repérage précoce dans les lieux d'accueil** et accompagner les personnes qui en ont besoin
  - dans les structures de santé telles que les urgences médicales (SAU), les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les maternités, ou dans le cadre des interventions des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), au moment des sorties d'hospitalisation, CeGIDD, CLAT,
  - dans les structures à vocation solidaire comme les lieux de distribution alimentaire, les vestiaires, les associations de quartier, dans le cadre des maraudes bénévoles,
  - au sein des structures médico-sociales.
- Identifier et mettre à disposition des **outils validés de repérage, utilisables au quotidien**, permettant de déceler les besoins de santé, les difficultés d'accès au système de santé, voire les renoncements aux soins. **Promouvoir l'analyse partagée à l'échelle locale des données d'observation.**

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL, CPAM  
Partenaires : opérateurs locaux

#### Calendrier

2018 - 2023

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

Nombre de programmes territorialisés de repérage précoce organisé au sein des SAU, maternités, centres de santé, lieux de distribution alimentaire, CeGIDD, CLAT.

Nombre de personnes repérées qui ont bénéficié par la suite d'une évaluation socio-sanitaire.

Etat de l'évolution des modes d'adressage aux PASS et aux réseaux Précarité/accès aux soins.

#### 4.2.2 Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels

- **Renforcer l'information et la formation des acteurs de première ligne** (agents d'accueil, éducateurs, travailleurs sociaux, associations de quartier, adultes relais, pairs, intervenants au sein de structures de dépistage...) sur les questions du repérage et des modalités d'orientation des situations problématiques de santé et/ou d'ouverture de droit ainsi que sur les possibilités locales d'actions d'éducation à la santé et de prévention.
- **Identifier ou créer des contenus d'information permettant de mieux se repérer dans le système de santé francilien**, en lien avec Santé Publique France, sante.fr, l'Assurance Maladie et en concertation avec les personnes accueillies (infos pratiques, plaquettes imagées, annuaires santé en ligne, outil GPS, ...).
- **Investir et diversifier les canaux de communication** : lieux de grand passage (bornes interactives au sein des gares...), lieux de soins, lieux de distribution alimentaire, structures d'hébergement et d'accueil de jour..., mais aussi les réseaux sociaux.

##### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : CPAM  
Partenaires : DRIHL, FAS, DDCS, Ordres professionnels, Santé publique France...

##### Calendrier

2018-2023

##### Territoire(s)

Région

##### Suivi-évaluation (indicateurs)

###### Résultats attendus

-Nombre de consultations en ligne de contenus d'informations adaptées placés sur le site de l'Agence, (cartographie des PASS, guide santé-hébergement ...) en lien avec sante.fr

-Nombre de sites de distribution alimentaire, de CHU, de CHRS, de lieux d'accueil de jour ayant organisé la diffusion de contenus d'information en santé. Nombre de personnes ayant bénéficié d'informations adaptées en santé.

- Evolution des pratiques d'orientation vers le système de santé au sein des structures AHI

#### 4.2.3 Promouvoir la prise en charge médicale des publics démunis

- **Mieux faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs ressources** de lutte contre le renoncement aux soins :
  - Actualiser et diffuser plus largement le « guide social du médecin ».
  - Communiquer sur les dispositifs portés par l'Assurance Maladie comme la Ligne Urgence Précarité (LUP), la Plateforme de gestion des renoncements aux soins : Plateforme départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), le Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR).
- Développer les **collaborations entre les acteurs du territoire afin d'éviter l'isolement professionnel du médecin traitant** : inciter les médecins généralistes (MG) à collaborer avec les dispositifs de concertation et d'appui locaux, comme les réseaux de santé locaux, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)...
- Soutenir les expérimentations visant à renforcer, au sein des cabinets de médecins de ville, l'accès à des **ressources en médiation en santé, en interprétariat et en accompagnement social** (tels les projets dits de « microstructures » développés dans le 93).
- Faciliter la **recherche de médecin traitant** : par la mobilisation des réseaux de santé et des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), par l'incitation à passer des conventions entre les structures AHI (Accueil hébergement insertion) et les centres de santé de proximité, ainsi qu'à construire des liens avec les PASS... ; soutenir la mise en place d'un **volet accès aux soins clairement identifié au sein des PTA**.
- Développer les **stages d'externat et d'internat de médecine ainsi que les possibilités de service sanitaire des étudiants des métiers sanitaires** dans les services d'accueil de populations démunies (structures de soin résidentiel, PASS, équipes mobiles en santé) pour sensibiliser les futurs professionnels aux problématiques de la grande précarité.
- Veiller à rendre possible l'accès aux **équipements d'hygiène corporelle** à proximité des lieux de soins, afin de faciliter le travail des soignants, que ce soit dans les lieux d'accueil temporaire (accueil de jour) ou dans les quartiers (bains-douches).

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires : FNCS (instance régionale), FEMASIF

#### Calendrier

2018-2023

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Nombre de PTA dotées d'un volet accès aux soins.
- Nombre d'universités de médecine ayant mis en place des stages d'externat et/ou d'internat, de services sanitaires au sein de services d'accueil de publics démunis (PASS notamment).
- Analyse de l'évolution des difficultés rencontrées par les professionnels

#### 4.2.4 Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé

- Promouvoir et développer **les démarches de prévention** : à travers la vaccination, la mise à disposition d'outils de RDRD comme le matériel de prévention et de réduction des risques infectieux (les préservatifs ou les tests de dépistage rapide du VIH/TROD), l'accès aux examens de dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles (IST), de la tuberculose..., notamment dans le cadre des démarches de « aller-vers » et dans les contextes de violences sexuelles, tout en tenant compte des situations et des besoins de santé des personnes rencontrées.
- Faciliter l'accès aux **bilans de santé** : étendre le protocole des bilans infirmiers d'orientation, initialement destinés aux personnes migrantes d'arrivée récente, aux autres catégories de personnes accueillies en structures d'hébergement d'urgence ; rechercher des solutions pérennes permettant l'accès des bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME) aux bilans de santé réalisés en centres d'exams de santé...
- Développer et renforcer les **actions de promotion de la santé**, et en visant en particulier :
  - la sécurité alimentaire<sup>21</sup> (avec par exemple l'information sur les lieux de distribution alimentaire, des ateliers sur « comment cuisiner dans une chambre d'hôtel » ou sur « comment équilibrer un repas avec des ressources financières très limitées »...);
  - l'hygiène (avec l'accès aux WC, aux bains-douches, aux produits d'hygiène corporelle...);
  - l'estime de soi et l'empowerment (par le biais de lieux de socialisation, de groupes de parole, d'approches communautaires...);
  - ainsi que, pour les personnes en parcours d'insertion, et en tenant compte de leurs besoins spécifiques : la réduction du tabagisme, de la consommation d'alcool, la santé sexuelle, la lutte contre la sédentarité, etc.

---

<sup>21</sup> « La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ». Comité de la Sécurité Alimentaire Mondiale, S'entendre sur la terminologie, CSA, 39<sup>e</sup> session, 15-20 octobre 2012, 17 p.

## Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : Plateforme régionale de ressources en promotion de la santé - CPAM

Partenaires : opérateurs du secteur AHI, structures de gestion de dépistage des cancers, CeGIDD, CLAT, centres de vaccination et autres opérateurs en santé, Santé publique France.

## Calendrier

2018-2023

## Territoire(s)

Région

(en particulier Seine-Saint-Denis)

## Suivi-évaluation (indicateurs)

### Résultats attendus

Etat de la mise en place d'un outil commun à l'ensemble des opérateurs de « aller-vers » de recueil d'informations harmonisées de leurs démarches de prévention (vaccinations, TROD...).

Nombre d'actes de prévention effectués et de matériel de réduction des risques distribué dans le cadre des interventions de « aller-vers » financés par l'Agence (vaccinations au sein des bidonvilles...)

Nombre de programmes de promotion de la santé mis en place avec le soutien financier de l'Agence, notamment autour des questions de sécurité alimentaire. Nombre de bénéficiaires.

Etat de la coordination engagée entre partenaires concernés par les dispositifs de bilans de santé.

Nombre de personnes accueillies en structures d'hébergement d'urgence ayant pu bénéficier d'un bilan infirmier d'orientation.

Pourcentage de publics en grande vulnérabilité sociale parmi les publics bénéficiaires d'un bilan de santé au sein des centres d'examen de santé.

Existence de dispositions dérogatoires pour des personnes bénéficiaires de l'AME nécessitant un bilan de santé globale, dans des conditions particulières à définir. Nombre de personnes en AME ayant pu bénéficier d'un bilan de santé dans le cadre des centres d'examen de santé.

Inventaire des bonnes pratiques répondant à des critères prédéfinis.

Appréciation de l'efficacité des mesures proposées notamment dans le champ de la sécurité alimentaire.

#### 4.2.5 Renforcer le rôle des PASS au sein des territoires

- **Déployer**, prioritairement sur la petite et la grande couronne, le dispositif de **PASS ambulatoires** (dites aussi « PASS de proximité »), facilitant le lien avec la médecine de ville.
- **Renforcer la visibilité de l'action de l'ensemble des PASS hospitalières et ambulatoires** : faire mieux reconnaître l'activité des PASS hospitalières au sein des établissements de santé (à travers leur inscription dans le projet médical et/ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [CPOM] de l'établissement, le rattachement à une unité fonctionnelle dédiée, la mise en place d'un plan de communication/sensibilisation interne...); **conduire des investigations d'audit et d'évaluation médico-économique** en lien avec des unités de recherches et d'études.
- Généraliser les **consultations de médecine générale** au niveau des PASS hospitalières à vocation généraliste. Conduire une expérimentation sur le **rôle transitoire de médecin traitant que certaines PASS hospitalières peuvent être amenées à jouer** (à titre subsidiaire, le temps d'une stabilisation de la situation du patient sur son hébergement, ses droits sociaux...).
- **Renforcer les PASS bucco-dentaires et ophtalmologiques** (soins, dispositifs d'optique, prothèses dentaires) sur les secteurs en besoin et particulièrement à destination des enfants.
- **Intégrer davantage les PASS dans les dynamiques territoriales traitant des questions de pauvreté** : collaboration avec les PTA, contribution à des journées départementales,....

##### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires : équipes PASS – PTA

##### Calendrier

2018-2023  
Journées annuelles départementales et régionale PASS dès 2018

##### Territoire(s)

Région

##### Suivi-évaluation (indicateurs)

###### Résultats attendus

- % de PASS généralistes hospitalières ayant mis en place des vacations hebdomadaires de médecine générale.
- Etat du plan de développement des PASS ambulatoires.
- Nombre de PASS hospitalières bénéficiant de leur propre unité fonctionnelle.
- Nombre de projets médicaux associant les équipes PASS et portés par les GHT.
- Nombre de journées annuelles départementales et régionales, ainsi que le nombre de comités et/ou instances de pilotage pluri-partenariaux impliquant les équipes PASS.
- Articulation des PASS avec les différents programmes territoriaux
- Etat des études/audit/recherche réalisés au sein des PASS

#### 4.2.6 Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives. Veiller à la bonne application du droit

- Envisager la **création d'une instance régionale d'analyse partagée des pratiques** d'ouverture des droits à l'assurance maladie. Poursuivre les actions visant la simplification des démarches administratives.
- **Assurer une veille sur le refus de soins médicaux et paramédicaux** (à partir des recours effectués par les particuliers et des signalements remontés par les professionnels sociaux), en lien avec les dispositifs existants ou prévus par la loi. Notamment organiser les dispositions de l'article 54 de la loi HPST du 21 juillet 2009. <sup>22</sup>
- **Poursuivre les actions partenariales**, menées avec la DRIHL, visant **au renforcement de l'accès à la domiciliation et à la reconnaissance de celle-ci** auprès des opérateurs (partenariats entre les organismes domiciliaires et les offreurs de soins, accès dématérialisé aux démarches et aux attestations, articulation avec le principe de la sectorisation en psychiatrie, interface avec la problématique des mineurs non accompagnés restant en dehors des dispositifs de l'ASE,...)

##### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : CPAM – Conseil de l'ordre des médecins - DRIHL  
Partenaires : les associations – Etablissements de santé

##### Calendrier

2018-2023

##### Territoire(s)

Région

##### Suivi-évaluation (indicateurs)

###### Résultats attendus

- Etat de la progression du nombre de structures de soins (établissements de santé, centres de santé) ayant conventionné avec un organisme domiciliaire.
- Etat de la baisse du nombre d'établissements de santé obligés d'effectuer une action domiciliaire par subsidiarité (4 en 2017).
- Suivi des refus de soins signalés (acteurs, territoires...)

<sup>22</sup> « Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie. »



## 5 Inscrire les personnes dans un parcours de santé

### 5.1 Contexte/enjeux

Les parcours de santé des personnes démunies restent émaillés de nombreuses ruptures ou obstacles, en dépit des multiples dispositifs de prise en charge et d'accompagnement pouvant exister.

De nombreuses raisons expliquent ces possibles difficultés de suivi des patients, comme :

**-La pénurie croissante de médecins généralistes en secteur 1 ;**

**-Les difficultés d'articulation entre les différents opérateurs**, notamment au cours des échanges entre les acteurs à l'intérieur du secteur médical, puis entre ceux des secteurs du médical et du social<sup>23</sup> (en particulier lorsqu'il s'agit de personnes très mobiles, comme les migrants nouvellement arrivés, rapidement réorientés vers d'autres régions de l'hexagone, ou de personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice) ;

**-Le manque de places d'hébergement et de logement adapté** au sein de la région avec un maintien à la rue ou dans une instabilité résidentielle ou dans un éloignement du lieu d'hébergement, participe aussi à la mauvaise adhésion voire à un renoncement aux soins des publics concernés.

Ainsi sur les 4586 femmes venues accoucher en 2016 à la maternité du Centre hospitalier de Saint-Denis, 1250 avaient un hébergement précaire (squat, foyer, campement et baraquements, famille ou amis). Parmi elles, plus de 200 n'ont eu d'autre choix que de recourir au 115 au moment de leur sortie de la maternité. En 2016, le 115 de la Seine Saint-Denis a reçu à lui seul 911 appels de femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement. Au premier trimestre de 2017 : 861.

Une étude publiée par l'Insee en 2014 dénombrait, déjà en 2012, 28 800 adultes francophones sans domicile fixe à Paris, dont environ un quart dormaient dans la rue (un chiffre en hausse de 84 % par rapport à 2001).<sup>24</sup>

Enfin, le nombre de places autorisées, au 31 décembre 2017, en structures de soin résidentiel, offrant un accueil temporaire et un suivi thérapeutique, comme en Lits halte soin santé (LHSS - 383 places), en Lits d'accueil médicalisé (LAM - 47 places) et en Appartements de coordination thérapeutique (ACT - 890 places), restent très en deçà des besoins identifiés.

<sup>23</sup> Cf. Chapitre « les enjeux éthiques et déontologiques de l'accompagnement en santé », de la page 27 à 37 du Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement. ARS/FNARS. 2016.

<sup>24</sup> Les sans domiciles dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. E.Pierre Marie, Sandra Roger (APUR), M.L. Chausse, J. Labrador (INSEE Île-de-France). 2014

**Les enjeux identifiés sont les suivants :**

- mieux anticiper les difficultés des patients à rester dans un parcours de santé, notamment pour ceux qui se retrouvent sans projet d'hébergement au moment de leur sortie d'hospitalisation, d'ACT ou de LHSS ; améliorer les liens à l'intérieur du secteur sanitaire, entre les acteurs des services hospitaliers et ceux des PASS, des centres de santé, des centres de lutte contre la tuberculose, puis entre les secteurs socio-sanitaires et de l'hébergement ... ;
- s'inscrire davantage dans une coopération interprofessionnelle construite dans la durée et recourant au partage d'informations (ce qui suppose la maîtrise du secret professionnel partagé, la capacité à mobiliser les ressources présentes dans l'environnement de la personne et l'utilisation de supports de liaison avec les différents acteurs – y compris ceux de la santé et de l'hébergement) ;
- accompagner et encourager les personnes démunies à s'impliquer davantage dans leur propre prise en charge; les aider à mieux comprendre les informations de santé les concernant ;
- faire face au manque de ressources médicales de secteur 1 (dont le traitement général relève du PRS) et de disponibilité des acteurs de santé de proximité,
- renforcer l'offre en structures de soin résidentiel (ACT, LHSS, LAM) ;
- porter une attention particulière aux mineurs non accompagnés et aux femmes en situation de grande précarité.

**Concernant les mineurs non accompagnés (MNA)<sup>25</sup>**

Le rapport annuel d'activité 2016 de la Mission nationale Mineurs non accompagnés recense 1 977 personnes évaluées et reconnues en Île-de-France. Les associations estiment, quant à elles, à 5 000 l'ensemble du nombre de mineurs non accompagnés actuellement présents sur le territoire francilien.<sup>26</sup> L'Assemblée des Départements de France (ADF) estime de son côté à 25 000 le nombre de jeunes accueillis sur le territoire national en 2017, un chiffre qui pourrait atteindre les 40 000 en 2018.

Cette problématique préoccupe de plus en plus les offreurs de soins, confrontés à l'accueil d'un certain nombre de ces jeunes dont le parcours de soin s'avèrera complexe à mettre en œuvre. C'est le cas lorsque le jeune se présente comme mineur non accompagné, mais non reconnu comme tel par les services de la protection de l'enfance, tout en étant dans l'incapacité de produire un document attestant de son statut de majeur. C'est le cas aussi lorsque le jeune décide de contester la décision administrative de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le constat est que le jeune se retrouve dans un flou juridique, d'indécision entre minorité et majorité, se traduisant par un double refus de prise en charge à la fois par les dispositifs destinés aux adultes, comme l'hébergement d'urgence via le 115 ou de soins résidentiels (lorsqu'apparaît la nécessité d'un suivi de soins), et par ceux destinés aux mineurs, relevant de la protection de l'enfance.

Autant de freins à l'accès aux soins et au suivi sanitaire :

---

<sup>25</sup> Attention, des réflexions susceptibles de modifier certains éléments contenus dans cette rubrique sont engagées au niveau national !  
<sup>26</sup> Une étude de Médecins du monde réalisée en 2016, montre que parmi les 262 patients mineurs non accompagnés suivis: 73 pathologies aiguës ont été diagnostiquées, 69 cas ont été considérés comme urgents ou assez urgents et 10,5 % des consultations ont abouti à des orientations pour actes graves. La plupart des mineurs suivis présentait une fragilité psychique (du fait de l'errance mais aussi des conditions de voyage et de leur passé au pays d'origine). De ce fait 1/3 d'entre eux ont bénéficié de consultations psychiatriques dispensées par des psychiatres et pédopsychiatres. La moyenne d'âge était de 15,7 ans, avec la présence de très jeunes adolescents (14ans). 94 % étaient de sexe masculin.

- rendant difficile l'accès aux soins, entre la base de l'identité déclarative (avec la présentation d'une carte d'identité) ou de la majorité annoncée par les services;
- complexifiant le parcours de soins (par exemple dans le cas où les deux structures sollicitées pour la prise en charge du suivi d'un jeune souffrant de tuberculose, LHSS d'un côté, destiné aux personnes majeures, et foyer d'accueil de l'ASE, de l'autre, se déclarent mutuellement incompétentes) ;
- posant la question des autorisations « parentales pour soins ou opérations », inutiles pour une personne majeure, nécessaires pour une personne mineure....

Selon l'évolution de la législation actuelle, il importe qu'une concertation soit mise en place entre l'ARS, la DRIHL (en charge de l'hébergement des personnes majeures), les Conseils Départementaux (ASE, PMI) et les services judiciaires, en coordination avec les CPAM, pour accompagner la résolution de ces difficultés d'accès aux soins et de parcours de santé pour ces mineurs non accompagnés, de plus en plus présents sur le territoire francilien.

### **Concernant les femmes**

On constate chez les femmes très démunies non seulement un moindre accès à la prévention, en particulier aux actes de dépistage, mais aussi une prise en charge médicale tardive et un suivi discontinu.

Pendant la période de la grossesse, la plupart de ces femmes ont un recours plus tardif aux soins de suivi et bénéficient d'un moins grand nombre de consultations et d'exams complémentaires. La plupart de ces renoncements le sont pour des raisons financières face aux frais à engager en début de grossesse (examens d'échographie par exemple)<sup>27</sup>.

Leur état de santé, souvent moins bon et présentant des comorbidités, impacte le bon déroulement de la grossesse (obésité, dépression, hypertension, diabète...) avec des risques augmentés de mortalité maternelle, de mortalité, de prématurité et de faible poids de naissance pour l'enfant à venir.<sup>28</sup>

27 R Rico Berrocal, E Le Mener. La grossesse et ses malentendus. Observatoire du SamuSocial de Paris. 2015

28 Azria, E. 2015. « Précarité sociale et risque périnatal », ERES / « Enfant et psy », 2015/3 N°67 et J. Zeitlin, P Sauvegrain. Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnatals et néonataux. Inserm Epopé. 2015

## 5.2 Objectifs et interventions préconisées

### 5.2.1 Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux

- **Mieux appréhender la dimension sanitaire pour l'accès et le maintien dans un hébergement ou un logement :**
  - Incitation à une meilleure prise en compte des aspects sanitaires dans la formulation des avis au niveau des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) pour les demandes initiales ou de changement d'hébergement (dans un contexte périnatal, de maladie chronique, infectieuse comme la tuberculose ou de perte d'autonomie) ;
  - Appui aux actions sanitaires développées au sein des dispositifs d'hébergement d'urgence en direction des personnes sortant de maternité ou d'hospitalisation ; développement des partenariats entre les établissements de santé, les établissements de soins résidentiels et les SIAO dans la recherche d'hébergements stables ;
  - Soutien aux initiatives d'intervention sanitaire (promotion de la santé, accompagnement vers le soin) auprès des publics en hébergement stabilisé ou en logement adapté ;
  - Promotion, en lien avec la DRIHL, aux actions visant à renforcer l'offre en hébergements stabilisés (d'une durée de plusieurs mois) ou en logements adaptés (accompagnés ou en Résidence Accueil) notamment en sortie d'hospitalisation (maternité) et/ou de soins résidentiels (comme les ACT).
- **Développer des interventions concertées de promotion de la santé dans les accueils de jour**, en direction des femmes (notamment en période périnatale) et des familles avec jeunes enfants.
- **Inciter à la mise en place de formations-actions et de recherches-actions pluridisciplinaires santé-social, au niveau local**, permettant principalement de développer les compétences des acteurs à s'inscrire dans des démarches coordonnées (supposant l'abord des questions relatives aux addictions, à la psychiatrie, au secret professionnel partagé, à la préparation des sorties d'hospitalisation, à la place des structures de soin résidentiel, aux pratiques de coopération professionnelle...), notamment sur la base du guide « santé /hébergement ». **Associer les collectifs citoyens aux démarches<sup>29</sup>. Développer les approches d'analyse partagée** des pratiques professionnelles.
- **Valoriser les espaces de concertation existants pour le traitement des situations médicales et sociales complexes**, telles que les cellules de concertation partenariale de type Réseaux d'Évaluation des situations d'Adultes en Difficulté (RESAD), les réunions de concertation pluridisciplinaire RCP, les expérimentation LAMPES, les dispositifs Sentinelle, les réseaux de santé, les PTA... **Inciter à la participation des acteurs.**

---

<sup>29</sup> Par collectifs de citoyens on entend des organisations issues de la société civile s'organisant de manière spontanée et le plus souvent bénévoles.

- **Encourager le développement d'outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social** (comme une fiche de liaison entre un hôpital et les structures d'hébergement à proximité, des dossiers partagés...), en portant une attention particulière au consentement éclairé des patients, à la confidentialité des données personnelles, et en veillant à la mise en cohérence des éléments recueillis à travers les systèmes d'information utilisés.
- **Maintenir et renforcer la présence des travailleurs sociaux au sein des services de santé** (PASS, CAARUD, CSAPA, CMP, Centres hospitaliers/maternités au sein des GHT, centres de santé...).
- Faire la promotion de l'importance de la **formation sur les questions de pauvreté et de précarité dans le cursus des étudiants et élèves en santé, ainsi qu'en travail social,...**

### Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : Acteurs de terrain, équipes PASS, réseaux de santé, représentants d'association de solidarité, collectivités territoriales

### Calendrier

### Territoire(s)

Formations pluridisciplinaires sur site, territoires prioritaires : 78, 77, 91, 92, 95

### Suivi-évaluation (indicateurs)

#### Résultats attendus

- Proportion de CLS, de PTA, de SIAO, de CLSM, de réseaux de santé ayant mis en place ou proposé (suivi d'effet) une formation-action sur le secret professionnel partagé. Couverture territoriale correspondante. Nombre de formations, nombre et typologie des participants (notamment les médecins généralistes).

- Evolution du nombre de personnes ayant eu un parcours de soins identifiés comme inadéquats (ruptures multiples et/ou orientation non adaptée), hébergées en CHU, en CHR, en centres de stabilisation, en hôtels sociaux, en centres d'accueil migrants et en structure d'accueil de jour (que ce soit des structures ouvertes à l'année ou uniquement en période saisonnière).

- Evolution du nombre de travailleurs sociaux au sein des GHT.

- Nature et caractéristiques des outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social. Etat de la mise à disposition des outils validés sur le site de l'ARS.

- Recensement des modalités de travail partagées au niveau local

### 5.2.2 Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé

Ce paragraphe vient en complément des actions de médiation et d'accompagnement individualisé développées en première partie du document,

- **Promouvoir l'utilisation par les personnes démunies de supports d'informations médicales leur permettant de mieux comprendre, s'approprier et co-construire leur parcours de santé** : carnet de santé papier et/ou dématérialisé (comme le Dossier Médical Partagé, et avec des éléments sur les dépistages effectués : tuberculose, IST, VIH, hépatite...), applications mobiles pour l'accès à distance de données individuelles (RDV, contacts pour des patients rencontrés lors de maraudes...), coffre-fort numérique (« Cloud Solidaire ») ... via un accompagnement personnalisé et approprié.
- Développer les programmes **d'accompagnement thérapeutique** adaptés aux personnes très démunies, en particulier au sein des structures médico-sociales (ACT, ACT un chez soi d'abord, LHSS, LAM, structures pour personnes âgées ou handicapées), et en structures d'accueil et d'hébergement (CHRS, ESI, etc.).
- **Promouvoir les pratiques professionnelles favorisant l'empowerment des personnes**, à partir de l'identification et de la mobilisation des ressources personnelles de ces dernières, en s'appuyant sur des outils méthodologique comme le guide « Agir avec les femmes en périnatalité » (en cours d'élaboration) ou sur des actions de santé communautaire, à l'exemple des co-formations associant usagers et professionnels.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : CPAM, DRIHL  
Partenaires :

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

-Nombre de programmes expérimentaux d'accompagnement thérapeutique du patient adaptés aux personnes très démunies, mis en place au sein des structures médico-sociales (notamment ACT, LHSS, LAM) et des structures d'accueil et d'hébergement (CHRS)

-Nombre et analyse des expérimentations portant sur les pratiques professionnelles d'ouverture à la participation des usagers

-Nombre d'outils individuels diffusés (carnets de santé). Nombre de comptes ouverts dans des applications mobiles pour l'accès à distance à des données individuelles. Nombre de personnes bénéficiant d'un coffre-fort numérique (« Cloud solidaire »). Nombre de structures de santé ayant intégré ce dispositif, en cohérence avec les structures d'hébergement du territoire.

- Evaluation de la participation des personnes concernées.

### 5.2.3 Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies

- **Faciliter le stockage sécurisé** (coffre-fort numérique) et la mise en partage **de données administratives et sanitaires individuelles** aux professionnels du cercle de santé, notamment au niveau des PASS ambulatoires et hospitalières, et des centres d'accueil migrants, en lien avec le Dossier Médical Personnalisé, en lien avec les expérimentations en cours.
- **Développer les programmes de télémédecine**, pour faciliter l'accès des populations démunies à l'expertise, par exemple :
  - en dermatologie (notamment pour les résidents en CHU, ou en CHUM) ;
  - pour le suivi sanitaire à distance des personnes dans les centres d'hébergement, ou lors de maraudes sanitaires
  - pour un avis en santé mentale
  - pour le dépistage des maladies chroniques, comme la rétinopathie diabétique ...
- **S'appuyer sur les projets de « e parcours » dans les territoires** pour développer les dynamiques locales de coopération d'acteurs et permettre à un plus grand nombre de professionnels d'intervenir auprès de ce public.
- **Accompagner les acteurs à l'utilisation de l'outil numérique** : Formation, appui.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL  
Partenaires : centres de santé, établissements de santé, prestataires en numérique, établissements médico-sociaux, structures sociales

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

-Nombre de structures ayant intégré dans leur organisation le dispositif de cloud solidaire (formation, utilisation) : PASS, structures de soins résidentielles et structures médico-sociales en addictologie, ESI.  
Nombre d'usagers. Nombre de professionnels utilisateurs

Etat des programmes de télémédecine

**5.2.4 Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)**

- Renforcer et poursuivre le développement de l'offre existante en ACT, LHSS et LAM en améliorant la structuration territoriale et en répondant mieux aux évolutions des besoins (pathologies chroniques sévères, évolutives, fin de vie etc.).
- Soutenir les expérimentations innovantes comme les ACT onco-pédiatriques, les ACT dédiées aux personnes en situation ou à risque de handicap psychique ou les ACT à domicile (dans l'attente d'un cahier des charges national).
- Poursuivre les travaux engagés d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

**Acteurs**

Pilote : ARS  
Copilote :  
Partenaires : gestionnaires de structures de soin résidentiel

**Calendrier**

2018-2023

**Territoire(s)**

Région

**Suivi-évaluation (indicateurs)**

**Résultats attendus**

-Evolution du nombre de places autorisées en structures de soin résidentiel



### 5.2.5 Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs

- **Favoriser le développement d'équipes mobiles sanitaires et l'accompagnement des acteurs de première ligne** sur les questions de santé et de conduites addictives, notamment à travers un travail d'appui des équipes sociales (formation et intervention en binômes).
- **Encourager les initiatives d'accompagnement des jeunes personnes se présentant en tant que MNA, le temps de l'évaluation de leur situation administrative de minorité** sur les questions d'ordre médical, psychiatrique et psychologique.
- **Favoriser la mise en place d'organisations facilitant la prise en charge sanitaire des MNA** en appui aux services de l'ASE (bilans de santé, orientations médicales...).
- **Développer la concertation partenariale et la recherche de solutions individualisées** sur la question des prises en charge en santé **des jeunes non** reconnus mineurs, du fait des conséquences des décisions administratives de non minorité (notamment par leur intégration dans les actions de Parcours Santé Jeunes menées par les caisses d'Assurance Maladie, dans le cadre de leur dispositif PLANIR).
- **Faciliter les prises en charge de la santé des jeunes en attente d'une décision judiciaire statuant sur leur minorité (en avançant la présomption de minorité)** : accueil en services de pédiatrie, anticipation et promotion de la mise en œuvre de contrat jeune majeur en cas de pathologie avérée nécessitant un accompagnement renforcé, mise en place d'un accompagnement en santé dans les structures d'accueil social adaptées...

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL, Conseil Départementaux (services de protection de l'enfance et de la santé), Service judiciaires de protection de l'enfance  
Partenaires : acteurs sanitaires et médico-sociaux (établissements de santé, CSAPA...), communes, CPAM

#### Calendrier

#### Territoire(s)

75, 91, 93, 94, 95

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

-Nombre d'équipes de santé mobilisées dans l'accompagnement des acteurs sociaux-éducatifs de première ligne intervenant auprès de MNA  
- Nombre d'initiatives soutenues d'accompagnement sur le volet santé des MNA pendant l'évaluation de leur minorité (en première instance ou en recours)

### 5.2.6 Renforcer l'intervention auprès des femmes sans « chez-soi »

- **Soutenir les actions d'accompagnement périnatal** de suivi des grossesses et d'accès à la prévention en période périnatale (ouverture de droits, accès aux actes de dépistage et suivi), en lien avec les services de PMI et les établissements de santé ; Clarifier les enjeux et collaborer avec les conseils départementaux pour le renforcement des services proposés par la PMI.
- **Systématiser le repérage des grossesses à risque** en raison du contexte social et des comorbidités associées à la pauvreté, orienter vers les dispositifs de prise en charge adaptée aux risques.
- **Evaluer les expérimentations** mises en œuvre dans le cadre du projet REMI, sur le volet traitant de la vulnérabilité sociale.
- **Soutenir les actions d'accompagnement sanitaire pour les femmes** (notamment en contexte de prostitution ou d'usage de substances psychoactives, en cas de violences subies, etc.)
- **Développer les interventions de promotion de la santé** (dont la **santé sexuelle et reproductive**) et **d'accompagnement vers le soin**, en lien avec les opérateurs de proximité dans une démarche de « aller-vers », **notamment dans les espaces d'accueils dédiés aux femmes**, dont l'offre reste à accroître.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires : Conseils départementaux, structures AHI

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

Nombre de protocoles signés avec les services départementaux de PMI.

Résultat d'une évaluation des actions financées au titre de Remi sur la continuité du parcours de santé des femmes enceintes sans hébergement.

Nombre d'actions de « aller-vers » en réduction de risques et des dommages à destination de lieux d'accueil spécifiques aux femmes

### 5.2.7 Développer l'observation sur le non recours aux soins de santé

Le refus de soin est traité p.19.

- Assurer une veille sur le non recours aux soins, en lien avec les informations recueillies sur les trajectoires des patients par les dispositifs comme PLANIR et PFIDASS et l'observatoire ODENORE<sup>30</sup>.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : CPAM  
Partenaires : Associations intervenant dans le champ de la solidarité, acteurs du secteur AHI, FAS, les ordres professionnels

#### Calendrier

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

Collection des données PLANIR, PFIDASS et ODENORE sur la région

<sup>30</sup> <https://odenore.msh-alpes.fr/>

## **6 Mieux répondre aux problématiques de santé mentale et de troubles psychiques**

### **6.1 Contexte/enjeux**

Les problèmes de santé mentale sont prégnants chez les publics hébergés ou accueillis.

L'étude SAMENTA de 2009, conduite par le Samu social de Paris en Île-de-France<sup>31</sup>, montrait déjà qu'un tiers des personnes sans-abris souffraient de troubles psychiatriques sévères, une prévalence plus forte qu'en population générale.

Depuis 2015, la région Île-de-France est confrontée aussi à l'arrivée massive de personnes migrantes d'arrivée récente, dont une majorité présente une souffrance psychique due au périple migratoire, aux conditions de vie difficiles et aux violences subies.

Le territoire est organisée en 142 secteurs de psychiatrie générale et 50 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Différents dispositifs de santé mentale sont spécifiquement destinés aux personnes très démunies :

- 19 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité<sup>32</sup> (75% du territoire couvert),
- 6 PASS psychiatriques,
- un ensemble de structures publiques ou associatives spécialisées dans la prise en charge médicale et psychique des publics migrants et/ou dans la médiation culturelle et/ou dans la prise en charge des personnes victimes de tortures ou de violences,
- et des programmes innovants comme « un chez soi d'abord ».

Par ailleurs, des plateformes de concertation partenariale, comme les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), auxquels sont rattachées des instances de type RESAD (Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficultés), ont été mises en place pour aider à la construction des politiques locales globales en matière de santé mentale. Elles contribuent notamment à l'accès et au maintien dans le logement des usagers de la psychiatrie.

---

<sup>31</sup> Laporte et al. 2009

<sup>32</sup> CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Les constats effectués lors des travaux d'élaboration de ce deuxième PRAPS francilien, sont :

- Le besoin de renforcer les articulations entre les champs du sanitaire et du social, et à l'intérieur même du champ sanitaire entre les secteurs de la psychiatrie, de l'addictologie et des soins somatiques, en dépit de la richesse et de la variété des réponses mises en œuvre. La santé mentale nécessite une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle, du fait d'une pratique clinique se situant au carrefour de ces différents champs;
- La nécessité de répondre aux problèmes d'accès aux soins psychiatriques, d'accueil mais aussi de suivi, du fait de l'errance des personnes et de leur cumul de problématiques (comorbidités, difficultés d'accès aux droits, conditions de vie difficiles) venant compliquer les démarches de diagnostic, de suivi et de prise en charge ;<sup>33</sup>
- L'importance de traiter les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle des personnes malades ;
- Concernant les personnes migrantes, la nécessité de repérer les besoins de prise en charge des psycho-traumatismes et/ou des pathologies mentales autres et/ou de la souffrance psychique (l'approche de cette dernière ne relevant pas du domaine strictement psychiatrique) ;
- La nécessité de prendre en compte les difficultés de réponse rencontrées par les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne, devant la souffrance psychique des personnes qui se retrouvent sans perspective de vie stable (comme les migrants déboutés de leur demande d'asile).

Il convient ainsi à travers le PRAPS 2, de :

- développer l'accès aux services de droit commun des populations en errance notamment vers des soins psychiques sectorisés, au-delà de l'intervention initiale des opérateurs spécialisés, comme les EMPP. Il s'agit de préciser le cadrage institutionnel et de poursuivre la réflexion sur les pratiques des offreurs de soins, du fait des fonctionnements très hétérogènes rencontrés vis-à-vis de ces publics ;
- renforcer les connaissances des équipes soignantes de soins psychiques sur la nature et les spécificités des dispositifs sociaux existants et sur l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des personnes très démunies;
- aider les professionnels du social à repérer les moyens les plus pertinents pour l'entrée dans le système de santé des personnes en besoin de soins ou d'avis spécialisés, par le biais notamment de formations ;
- renforcer la prise en charge des pathologies somatiques et des problématiques sociales, lors de chaque hospitalisation en psychiatrie, via la mise en lien avec les services sociaux et de soins somatiques ;
- travailler des partenariats actifs permettant d'inscrire une citoyenneté effective de ces personnes dans la vie de la cité (dans le cadre par exemple des démarches de type « rétablissement » ou recovery).

### **Le cas particulier des enfants :**

Les enfants sont aussi victimes de psycho-traumatismes spécifiques ou en écho à ceux de leurs parents. Ils peuvent par exemple avoir vécu des ruptures de leurs liens d'attachement et continuer à vivre avec un adulte en grande souffrance du fait des expériences propres à ce dernier avec un effet pathogène cumulatif. C'est pourquoi en s'adressant aux enfants il faut toujours pouvoir simultanément prendre en compte la disponibilité psychique de l'adulte tuteur. Ceci est d'autant plus vrai pour les très jeunes enfants que la lecture des troubles reste difficile sans une formation et une expérience spécifique.<sup>34</sup>

- Ainsi, pour les enfants de 0 à 6 ans, il est souhaitable :
  - de sensibiliser les équipes à la prise en compte spécifique des difficultés de ces enfants dès lors que celles de leur(s) parent(s) ou autre adulte tuteur sont abordées,
  - de sensibiliser les personnels sanitaires et sociaux à cette dimension,
  - de développer dans les lieux d'hébergement collectif des espaces bébés co-animés par des puéricultrices et des psychologues formés à la reconnaissance des signes de la détresse du nourrisson,
  - de renforcer les dispositifs de suivi de la grossesse et de la période postnatale, tant la situation des femmes enceintes et des femmes après l'accouchement reste très préoccupante (grossesses non suivies, séjours en maternité très courts...),
  - d'orienter les situations inquiétantes vers les équipes de pédopsychiatrie spécialisées sur la petite enfance, en veillant à un accueil rapide de ces très jeunes enfants.
  
- Pour les enfants de 6 à 12 ans :

La santé psychique des enfants d'âge scolaire repose autant sur la santé psychique de leurs parents que sur un environnement social stimulant, la stabilité des repères et la satisfaction de leurs désirs de connaissance. L'école et la fréquentation d'autres enfants restent indispensables.

Pour certains d'entre eux, l'instabilité des conditions de vie perpétue les traumatismes du parcours migratoire. Ces enfants peuvent alors développer des troubles comme le repli sur soi, un mutisme extra-scolaire, une instabilité motrice, des troubles attentionnels... retentissant sur leurs facultés d'apprentissage malgré la présence d'un potentiel cognitif.

L'importance des liens entre la médecine scolaire et les services de soins doit être reconnue aux différents stades de l'enfance. Ces liens sont déterminants pour la suite. A ce titre, le travail effectué par les secteurs de pédopsychiatrie pour établir des relations de proximité vers des lieux de vie et de socialisation des enfants et des familles est en soi une ressource.

---

<sup>34</sup> Par exemple, le fait qu'un nourrisson dorme « tranquillement » dans les bras de son parent pendant un entretien peut être trompeur, cet état correspondant parfois aussi à un mécanisme de défense de ce bébé contre un état de détresse.

- Pour les adolescents :

La période d'adolescence est une période critique de recherche d'une identité individuelle à multiples composantes sociale, familiale, culturelle, etc. C'est aussi la période d'émergence des troubles mentaux de la période adulte. Cela nécessite une attention particulière des travailleurs de première ligne. Dans ce cas, les consultations de médiation culturelle en psychiatrie peuvent s'avérer utiles. Les liens entre médecine générale et psychiatrie doivent aussi être resserrés autour de cette thématique de santé mentale.

Pour les mineurs isolés, les lieux d'accueil pour pouvoir échanger avec des adultes bienveillants sont importants pour établir des liens de confiance. Leur orientation vers des soins psychothérapeutiques doit être mise en place autant que nécessaire. La consommation de drogues peut générer des comportements de violence et de délinquance. Les risques d'exploitation sexuelle et d'IST sont prégnants. Les expériences de maraudes issues des CAARUD sont là, entre autres, intéressantes à développer.

Les approches de médiation sociale en milieu sanitaire, reconnue dans la loi de modernisation du système de santé, concerne aussi la santé mentale et figurent dans une autre partie du document.

## 6.2 Objectifs et interventions préconisées

### 6.2.1 Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires

- **Renforcer la coordination régionale et infra-territoriale**
  - Production d'outils standardisés et partagés à l'échelle de la région (tableau de bord, fiches de bonnes pratiques, rapport d'activité harmonisé avec des indicateurs de suivi et de résultats communs, guide annuaire interactif...) dans le double objectif : de mieux comprendre, de façon convergente et partagée, l'évolution des besoins à l'échelle régionale, ainsi que d'améliorer la réponse en partageant les bonnes pratiques et en ajustant les moyens aux besoins.
  - Renforcement du suivi régional et départemental des équipes.
- **Finaliser le maillage territorial en EMPP**
  - création d'EMPP ou renforcement d'équipes existantes sur les territoires non couverts, mobilisation des réseaux de santé spécialisés en santé mentale, ...
- **Améliorer l'interface entre les EMPP et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion**
  - Développer les échanges de pratiques permettant de consolider les compétences : Intervention sur des exposés de situation en PASS, en CHR...S...
  - Inciter à développer et à formaliser les partenariats (conventions et/ou protocoles précisant les modalités d'intervention des EMPP), en lien avec les dispositifs locaux (PASS, CLSM, CAARUD, CSAPA,...)
- **Renforcer les liens entre les EMPP et les secteurs de la psychiatrie** : développement de protocoles, contractualisations inter-établissements au sein du territoire de rattachement, en appui sur les dispositifs locaux de coordination.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires : personnels des EMPP, des secteurs de psychiatrie, partenaires locaux en lien avec les CLSM, Psycocom

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Couverture EMPP : à travailler sur 77, 78, 92, 94 et 95

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

#### Résultats attendus

-Etat de la couverture régionale d'activité en EMPP. (territoires d'attribution, territoires bénéficiant d'une intervention...)  
-Etat de l'opérationnalité de la coordination régionale (rapport d'activité standardisé mis en place...)  
-Etat de l'évolution des modalités d'allocation de ressources aux EMPP (standardisées, adaptées à l'activité déployée et avec une exigence de traçabilité).  
-Suivi de la construction de conventions et de protocoles entre EMPP et secteurs de psychiatrie.  
-Etat de la représentation des EMPP dans les Copils et les dispositifs partenariaux locaux : PASS, CLSM, RESAD, SIAO. Typologie des interventions dans ces espaces.



## 6.2.2 Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie

- **Monter en compétence sur les questions relatives à la grande précarité et aux dispositifs mobilisables d'accueil, d'hébergement et d'insertion** : mettre en place des outils d'information et/ou de formation en direction des équipes soignantes psychiatriques (par exemple, en sollicitant les travailleurs sociaux présents au sein des établissements psychiatriques); soutenir une politique visant à renforcer la formation initiale des soignants sur les questions de précarité.
- **Produire des recommandations de bonnes pratiques** au sein des services de psychiatrie, y compris de psychiatrie infanto-juvénile, **afin d'améliorer le parcours de santé des populations démunies et en errance**, incluant l'accueil adapté, la continuité des soins, les actions en dehors des structures de soins ...<sup>35</sup>
- **Développer les pratiques intégratives dans la prise en charge des situations individuelles complexes, médicales et sociales (en lien avec les secteurs somatique et des addictions)**, par exemple en renforçant l'accès aux soins somatiques et à la prévention au sein même des services de psychiatrie (développement des « Permanences d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique », actions de dépistage des cancers, du diabète, du VIH, des hépatites, tuberculose, interventions pour l'accès aux soins bucco-dentaires, pour la prise en charge des addictions ...)

### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : CME des établissements, coordination de l'action sociale des établissements, ...  
Partenaires :

### Calendrier

### Territoire(s)

Région

### Suivi-évaluation (indicateurs)

#### Résultats attendus

- Etat des possibilités d'accès à une offre en médecine générale au sein de chaque établissement psychiatrique.
- Etat de la production et de la diffusion par l'Agence des recommandations régionales portant sur la prise en charge des populations démunies et en situation d'exclusion au sein des services de psychiatrie, avec des modalités d'accompagnement définies.
- Etat des outils d'information mis en place par les travailleurs sociaux des établissements psychiatriques en direction de leurs personnels soignants, pour renforcer leur connaissance des dispositifs sociaux.

<sup>35</sup> Dont un suivi des recommandations de l'ARS pour la reconnaissance de la sectorisation et mise en place d'un protocole pour rendre domiciliables et donc sectorisables les structures d'hébergement.

### 6.2.3 Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI),

- **Renforcer la coopération** entre les secteurs de la psychiatrie et de l'Accueil-Hébergement-Insertion dans la réponse à apporter aux besoins de santé des personnes (hébergement et accompagnement psychologique), et en lien avec les autres secteurs concernés dont les addictions (une dimension abordée aussi au chapitre suivant) :
  - mise en place de protocoles, de temps de concertation, de conventions partenariales (pouvant porter sur des études partagées de dossiers et sur une facilitation de la recherche d'hébergement/logement/insertion pour les personnes très démunies mais stabilisées, sortant d'une hospitalisation en psychiatrie ou de structure de soins résidentiels) ;
  - organisation de coopérations interinstitutionnelles, permettant, par exemple, aux SIAO de pouvoir bénéficier d'un avis sanitaire dans le champ de la santé mentale et d'une contribution à l'analyse des pratiques professionnelles ;
  - mobilisation de ressources en psychologues et/ou infirmiers sur les lieux d'hébergement ou d'accueil, pour un premier repérage et une prise de contact (en lien notamment avec les EMPP).
- **Soutenir le développement des compétences en santé mentale des acteurs sociaux** : formation à l'écoute active, au repérage précoce de la souffrance psychique, à la connaissance du psycho-traumatisme, à la compréhension des troubles du comportement, et à l'identification de relais locaux (sentiment d'impuissance des travailleurs sociaux), avec :
  - identification de personnes ressources au sein des structures sociales ;
  - capitalisation des expériences de formation « action sociale et santé mentale » ; avec déploiement territorial ;
  - communication de dé-stigmatisation du type « j'aime ma santé mentale » avec des actions en lien avec les usagers, familles et la ville (les GEM, CLSM ...)
- **Promouvoir et développer les pratiques d'intervention innovantes et collaboratives**, comme le programme « un chez soi d'abord »<sup>36</sup> ; les pairs aidants ; les expériences innovantes de mutualisation d'allocations sociales entre personnes pour faciliter la recherche d'un logement adapté...

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL, CLSM, établissements psychiatriques  
Partenaires : Acteurs locaux (dont les associations de patients et les médecins généralistes), RESAD

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Nombre de SIAO ayant passé convention avec un établissement porteur de service de psychiatrie.
- Nombre de départements géographiques où une formation en santé mentale a été mise en place à destination des acteurs du secteur AHI.
- Etat des programmes développant des nouvelles pratiques d'intervention collaborative. Nombre d'établissements sanitaires travaillant en collaboration avec des pairs-aidants ayant l'expérience de la grande précarité

<sup>36</sup> Ce programme propose un accès direct à un logement ordinaire depuis la rue, en lien avec un accompagnement soutenu.

#### **6.2.4 Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille**

##### Développer les interventions en pédopsychiatrie

- **Développer des équipes de psychiatrie périnatale et renforcer leur action en direction des femmes précaires isolées et auprès de leurs enfants** dans le cadre d'une évaluation globale somatique, sociale et psychique, et sur le soutien à la parentalité.
- Déployer des **compétences de pédopsychiatrie au sein des EMPP** à travers des démarches mixtes construites avec du personnel formé à l'évaluation des enfants. (cf. EMPP et actions d'aller-vers).
- Inciter les **secteurs de psychiatrie infanto-juvénile** à :
  - **Veiller à l'accueil dans les CMP** et CMPP des enfants vivant dans les structures sociales d'hébergement, en tant que de besoin
  - **intervenir dans les lieux d'hébergement/de vie** (dont les hôtels), avec les acteurs de première ligne.
  - développer les **démarches communes avec les EMPP** pour l'évaluation des enfants et de leur mère et/ou père, ainsi que des jeunes mineurs isolés,
  - **faire lien avec la médecine scolaire et les services départementaux** (PMI-Service social - ASE), notamment par des rencontres partenariales sur le thème de l'enfance et de la très grande précarité organisées au niveau de chaque département, en veillant à ne pas faire d'amalgame entre protection de l'enfance et problématiques sociales isolées et à ne pas sous évaluer les risques de troubles psychiques des enfants parfois masquées par les difficultés sociales.

##### Promouvoir la prise en charge globale en santé mentale des enfants et des jeunes mères

- Mener des **actions renforcées en santé mentale auprès des femmes précaires isolées et de leurs enfants** dans le cadre d'une évaluation globale somatique, sociale et psychique (équipes de psychiatrie périnatale)
- Conduire un **plaidoyer pour un meilleur accès aux lieux d'accueil de la petite enfance** (crèches), en lien avec les PMI, l'ASE, notamment à travers les CLSM,
- **Adapter les Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)** en direction des familles très démunies.

### Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes :

Partenaires : service de promotion de la santé en faveur des élèves, collectivités territoriales, secteurs de psychiatrie, médecins généralistes, CAF, Psycom

### Calendrier

### Territoire(s)

Région

### Suivi-évaluation (indicateurs)

#### Résultats attendus

- Nombre d'EMPP ayant organisé une présence interne de compétences en pédopsychiatrie.
- Nombre de départements francilien ayant bénéficié de conférence réunissant médecine scolaire, services départementaux et services de psychiatrie.
- Nombre de LAEP avec accueil de familles très démunies organisé et prévu.
- Nombre d'interventions mixtes d'aller-vers psychiatrie adulte/périnatalité
- Evolution de la durée moyenne d'attente pour un RDV en pédopsychiatrie
- Mention de la problématique de la petite enfance en lien avec la précarité dans les rapports d'activité des CLSM.

## **7 Renforcer les réponses aux conduites addictives**

### **7.1 Contexte/enjeux**

L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité se complique en cas de conduites addictives, comme l'alcoolisation ou la poly-consommation de substances psychoactives.

L'enquête sur la santé mentale et les addictions (SAMENTA) réalisée en 2009 par l'observatoire du Samu Social de Paris montrait déjà que plus de trois personnes sans logement personnel sur dix étaient concernées par un phénomène de dépendance ou de consommation de substances psychoactives (alcool, drogues illicites/et ou médicaments détournés de leur usage)<sup>37</sup>.

Le champ de l'addictologie concerne toutes les formes d'addictions, liées à une ou plusieurs substances psychoactives licites, illicites (alcool, drogues, tabac, médicaments...) ou à un comportement (comme l'addiction aux jeux d'argent).

Les missions des acteurs se déclinent entre le soin, la réduction des risques et des dommages, et, pour certains, la prévention et l'insertion. Elles couvrent trois secteurs : le médico-social, le sanitaire hospitalier et la santé de ville.

Le secteur médico-social a en charge l'accompagnement de l'utilisateur et de son entourage au long de son parcours de santé. C'est le cas notamment des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), ces derniers s'adressant aux personnes non encore engagées dans une démarche de soins mais exposées à des risques majeurs (infectieux, comme l'hépatite C ou le VIH, d'accident...) du fait de leurs consommations.

L'Île-de-France comptait, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, 20 CAARUD et 70 CSAPA, répartis sur l'ensemble du territoire francilien, mais sans couvrir pour autant l'ensemble des besoins identifiés.

Au sein de ces structures, l'accueil des personnes se fait de manière inconditionnelle, sans exigence préalable, de façon anonyme et gratuite.

Le public pris en charge est essentiellement masculin : hommes isolés, en situation de précarité et âgés en moyenne de 41 ans<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Pour autant un tiers des femmes et un homme sur dix déclarent n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie.

<sup>38</sup> D'après l'exploitation des rapports d'activité standardisés annuels de 2016 des CSAPA et CAARUD.

Les risques mis en avant susceptibles de fragiliser les personnes démunies en situation d'addiction sont les suivants :

- l'insuffisance d'offre en matière d'hébergement et d'insertion pouvant amener à la mise à l'écart des personnes concernées ;
- l'instabilité des lieux d'hébergement et le changement permanent d'interlocuteurs perturbant des parcours de santé devant s'inscrire dans la durée ;
- les interdictions totales de consommations de produits psychoactifs licites et/ou illicites inscrites dans les règlements de fonctionnement des lieux d'accueil et d'hébergement ne permettant pas aux personnes accueillies de développer des compétences pour mieux gérer et contrôler leur consommation.

Les enjeux repérés par les professionnels des différents secteurs, sont :

- Améliorer le repérage et l'évaluation de la situation des personnes démunies présentant des conduites addictives, notamment par le biais d'actions d'aller-vers ;
- Renforcer la communication entre les acteurs, en identifiant les éléments d'information pouvant être partagés dans le respect du secret professionnel ;
- Co-construire une culture de travail commune à la croisée des champs du social, du sanitaire et du médico-social, ce qui suppose au préalable de faire connaissance entre partenaires au sein des territoires (sur les champs d'intervention et les contraintes respectives) ;
- Développer le travail en réseau et le partage des bonnes pratiques professionnelles.

Un certain nombre de ces enjeux sont traités dans les précédents chapitres (« aller-vers, partage du secret professionnel... ») ou dans le cadre plus large du PRS et ne seront pas repris ici.

## 7.2 Objectifs et interventions préconisées

### 7.2.1 Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)

- **Sensibiliser et former les professionnels de la filière AHI** aux thématiques des conduites addictives et de la réduction des risques et des dommages (en particulier sur les questions d'alcool et de tabac), notamment par la présence **des équipes mobiles en addictologie sur les sites d'accueil de jour ou d'hébergement**;
- Encourager la **coopération entre les acteurs** :
  - Promotion de temps, d'instances et de rencontres inter et pluri professionnelles visant à partager les bonnes pratiques professionnelles, les données, les expériences, les outils (réunions de services conjointes...)
  - Appui aux dynamiques de travail permettant un accompagnement pluridisciplinaire, coordonné et sans rupture des publics concernés.
- Soutenir les expérimentations visant la **mise en place d'actions de RDRD** dans les structures sociales et d'hébergement.
- Valoriser les **expériences d'usagers experts**.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL

Partenaires : structures du secteur AHI  
acteurs de l'addictologie  
Collectivités territoriales (en particulier : Mission métropolitaine de  
prévention des conduites à risques / Paris-93)  
FAS - MILDECA

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Priorité Paris et le 93

#### Suivi-évaluation (indicateurs) Résultats attendus

- Nombre de CHRS ayant mis en place une politique de RDRD alcool, répartition régionale. Résultat d'enquêtes de ressenti portant sur les évolutions des problèmes violence à l'intérieur des établissements.

- Nombre de sessions de formation déployées, auprès des CHRS, LHSS, LAM et ACT, sur les conduites addictives et sur la réduction des risques et des dommages concernant l'alcool et le tabac, avec un contenu inscrit dans un référentiel régional uniformisé.

- Nombre de journées départementales ou régionales d'échange de pratiques organisées sur le sujet.

### 7.2.2 Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie.

- **Promouvoir la formalisation des échanges entre les structures**, dans le respect des missions de chacune des parties, et avec l'accord de la personne accompagnée (comme l'expérimentation de contrats tripartites signés par exemple entre un CHRS, un CSAPA et une personne accueillie pour son suivi médico-psycho-social).
- Inciter à la mutualisation des compétences entre les professionnels de l'addictologie et ceux intervenant dans les SIAO afin **d'améliorer l'évaluation et l'orientation des personnes vers les structures adaptées.**

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL  
Partenaires : gestionnaires de CSAPA/CARRUD, gestionnaires de CHRS

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

-Nombre de personnes orientées par les structures sociales d'accueil et d'hébergement vers les CAARUD et les CSAPA en vue d'un suivi et d'une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire des problématiques addictives



### 7.2.3 Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives

- Approfondir et promouvoir les collaborations entre les services de justice, les structures de soins en addictologie et les structures de soins résidentiels (telles que les places dédiées en Appartements de coordination thérapeutique par exemple).
- Renforcer l'offre de places dédiées en ACT.
- Soutenir les dispositifs dits « CSAPA référents » (permettant par exemple une mise à disposition d'un temps d'éducateur dédié pour la préparation à la sortie et l'accompagnement dans la continuité des soins) dans leur articulation avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires, le SPIP, les SIAO, les structures sociales et médico-sociales d'accueil et d'hébergement.

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires : gestionnaires CSAPA, SPIP, SIAO, Unités sanitaires des établissements pénitentiaires

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Nombre de places d'ACT dédiées aux personnes sortantes de prison ou placées sous-main de justice

## **8 Mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie (vieillissantes ou en situation de handicap).**

### **8.1 Contexte/enjeux**

La présence de plus en plus importante de personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie sans chez soi à la rue ou dans les structures d'hébergement est constatée par de nombreux partenaires (même si l'espérance de vie à la rue reste basse – avec un âge moyen au décès des personnes sans-abri de 49 ans<sup>39</sup> contre 82 ans pour le reste de la population<sup>40</sup>).

Les données publiées sur le sujet sont rares et peu précises.

On rapporte néanmoins que :

- 19% des personnes hébergées au sein des structures du Samu social de Paris avaient plus de 60 ans selon une étude interne réalisée en décembre 2016 ;
- Au moins 900 personnes ont été repérées vieillissantes et en perte d'autonomie lors d'une enquête conduite auprès de 112 établissements d'inclusion sociale, entre novembre 2016 et fin février 2017, par la Fédération des Acteurs de la Solidarité d'Île-de-France ;
- Plus de 26% des personnes accueillies en LHSS étaient dans un état de santé très dégradé, selon une évaluation nationale conduite en 2012<sup>41</sup>.

Rappelons que les troubles psychiatriques sont surreprésentés parmi les personnes sans chez soi. En 2009, l'étude Samenta, plusieurs fois citée dans ce document, montrait déjà l'importance dans la région des troubles psychiatriques sévères, présents chez plus d'un tiers des personnes accueillies dans le dispositif d'urgence (34,1%) et dans les hôtels sociaux (35,2%). Elle pointait aussi l'inadaptation de la prise en charge de ces personnes par la psychiatrie de secteur ou au sein des centres d'hébergement.

En dépit de ce constat, il est certain que l'orientation des personnes en perte d'autonomie et sans chez soi vers les structures médico-sociales appropriées se révèle particulièrement difficile et complexe.

Bien avant l'âge de 60 ans, les personnes démunies peuvent présenter un état de dépendance, notamment, mais pas uniquement, en cas de vieillissement précoce du fait de leur situation de vie très précaire.

<sup>39</sup> Collectif des morts de la rue. Rapport « Dénombrer et décrire la mortalité des personnes SDF décédées de 2012 à 2016 ».

<sup>40</sup> INSEE, RP 2016.

<sup>41</sup> DGCS-1788- Evaluation du dispositif des Lits Haltes Soins Santé – Février 2013.

## Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Or c'est l'âge (à partir de 60 ans pour l'aide sociale département, à partir de 65 ans pour l'aide sociale d'Etat) – et non pas le degré d'avancement dans le vieillissement – qui demeure le critère décisif pour prétendre à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), laquelle représente une aide financière indispensable à l'accès aux structures d'accueil spécialisées pour les personnes âgées (comme les foyers logement ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD).

Les personnes de moins de 60 ans peuvent néanmoins être orientées vers des EHPAD ou des unités de soins de longue durée (USLD) mais d'autres difficultés apparaissent comme :

- Une majoration des délais de procédures, du fait de la nécessité d'une demande préalable de reconnaissance de handicap au niveau de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ainsi que d'une demande préalable de dérogation d'âge auprès du Conseil Départemental pour l'obtention de l'ASH.
- L'absence de prise en charge du forfait dépendance.

Pour d'autres personnes, les obstacles rencontrés pour accéder aux structures médico-sociales adaptées sont le fait d'une situation administrative non résolue et complexifiée par le manque de documents administratifs (difficiles à rassembler dans un contexte d'errance et/ou de trouble de santé invalidant) ou par l'attente d'un titre de séjour pour soins : la régularité du séjour étant incontournable pour l'admission dans les structures médico-sociales du secteur du « handicap » ou des « personnes âgées ».

Concernant les personnes relevant de l'aide sociale à l'hébergement, c'est parfois la longueur des délais d'instruction qui est en cause, du fait notamment de la recherche du domicile de secours.

Par ailleurs, au sein des structures médico-sociales, comme les EHPAD, c'est la cohabitation des personnes ayant longtemps vécu à la rue et présentant des troubles de comportement et/ou des addictions, qui peut se révéler problématique avec les autres résidents.

Le constat est donc que nombre de personnes en perte d'autonomie se retrouvent accueillies par défaut au sein de dispositifs non adaptés, comme :

- Les structures de type MCO ou SSR (avec des hospitalisations au long cours) ;
- les hébergements d'urgence ou de stabilisation (CHU, CHRS, hôtels) ;
- les dispositifs de soins résidentiels.

Cette situation peut parfois durer plusieurs mois ou années dans l'attente d'une solution d'orientation satisfaisante, ce qui embolise d'autant la structure concernée.

Or ces dernières ne peuvent recevoir de façon pérenne ce type de public. La prise en charge et les soins quotidiens inhérents à la perte d'autonomie peuvent se révéler compliqués voire impossibles à mettre en œuvre, générant des risques de défaut de prises en charge, voire de maltraitance.

Ces difficultés de prise en charge peuvent même remettre en cause le concept d'accueil inconditionnel qui prévaut dans les structures d'hébergement (CHU, CHRS), au détriment de ces populations en perte d'autonomie.

Quelques places d'accueil en LAM ont bien été ouvertes, dans le cadre d'un programme national. Mais leur nombre reste insuffisant, avec 47 places autorisées en Île-de-France, dont 31 installées au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Il s'agit donc de promouvoir la prise en charge des personnes cumulant des problématiques à divers degrés de pauvreté, de fragilité sociale, de situations administratives précaires ou complexes (rendant difficile la mobilisation des aides publiques - sans garantie de résolution), de santé dégradée, tant physique que mentale, le tout dans un contexte où la perte d'autonomie nécessite une aide constante à la vie quotidienne.

Cependant, l'identification de l'ensemble des personnes sans chez soi en perte d'autonomie n'est pas évidente, surtout quand elle s'intéresse aux moins visibles, hébergées chez des tiers et/ou tributaires de conditions de vie encore plus précaires (n'ayant pas accès aux structures d'hébergement).

En termes d'enjeux, l'important est de diminuer le nombre de personnes accueillies par défaut dans les structures non adaptées dans l'attente d'une orientation adéquate.

Pour ce faire, il apparaît nécessaire de :

- mieux objectiver un état des besoins de prise en charge, à l'échelle régionale, de ces personnes démunies en perte d'autonomie et sans logement, actuellement accueillies au sein des établissements de santé de court séjour, de SSR, de structures d'hébergement et de soins résidentiels ;

- améliorer l'information des acteurs sur ce qui existe en ressources et en dispositifs d'accueil adéquats mobilisables, notamment les structures médico-sociales pérennes, et sur leurs modalités d'accès ;

- initier, dans l'attente d'une solution adaptée et pérenne, les accompagnements médico-sociaux personnalisés nécessaires, au sein même de ces lieux d'accueil du public, en favorisant l'intervention de professionnels de santé et d'équipes mobiles de proximité (tels que SSIAD, SAMSAH, HAD, ...)

- faciliter et favoriser l'accès aux structures hospitalières (USLD) et médico-sociales pérennes (comme les EHPAD), en soutenant les projets d'établissements adaptés aux besoins spécifiques de ces publics ;

- mobiliser les partenaires institutionnels pour aider à l'accès ou au retour dans le système de droit commun, avec des délais adaptés, et pour trouver des réponses aux difficultés que rencontrent les structures médicosociales face aux frais non recouvrables<sup>42</sup>.

Il est à noter que la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, prévoit un plan d'accompagnement global individuel permettant d'identifier les différentes solutions de compensation proposées aux personnes en situation de handicap rencontrant des difficultés spécifiques pour couvrir leurs besoins.

---

<sup>42</sup> Concernant l'accueil de publics en situation administrative précaire, comme les personnes de moins de 60 ans pouvant relever de dérogations d'âge mais ne pouvant pas actuellement prétendre à l'APA en établissement, ou comme les personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour pour soins d'un an qui doit faire l'objet d'une demande de renouvellement annuelle.

## 8.2 Objectifs et interventions préconisées

### 8.2.1 Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »

- **Proposer une grille commune de repérage de signes de la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne** (utilisable au quotidien, communicable au SIAO et construite en cohérence avec les outils existants), destinée aux acteurs non soignants du secteur AHI et du médico-social résidentiel, leur permettent de mieux repérer les situations, de les aider à différencier la dépendance de la maladie, de mieux cerner les différents degrés de dépendance physique ou psychique des personnes dans leurs gestes ordinaires, et ainsi orienter leurs recherches de prise en charge.
- **Mener, en lien avec les observatoires santé existants, un état des lieux régional des besoins de prise en charge des personnes très démunies et en situation de perte d'autonomie, se retrouvant maintenues, faute de solution adaptée,** dans les structures d'hébergement, de soins résidentiels et les établissements de santé MCO (enquête « flash »).

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL  
Partenaires : structures d'hébergement, établissements de santé MCO et médico-sociaux, prestataires

#### Calendrier

2018 : outil de repérage défini – réalisation de l'enquête flash

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Réalisation d'une grille de repérage de la perte d'autonomie harmonisée utilisable par les acteurs de la filière AHI
- Progression de l'usage de cette grille de repérage harmonisée au niveau des acteurs de la filière AHI
- Pourcentage de structures ayant répondu à l'enquête flash
- Bilan quantitatif et qualitatif des besoins régionaux en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et en situation de grande précarité

### 8.2.2 Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance

- S'assurer de la présence d'**espaces de concertation et d'appui « précarité-perte d'autonomie »** à l'échelle départementale (à la fois comités de pilotage, lieux ressources pour les acteurs, instances de saisine sur les situations complexes) traitant des situations des personnes en perte d'autonomie en attente d'une orientation adaptée, en lien avec les dispositifs d'appui locaux comme les projets de plateformes territoriales d'appui, les Commissions techniques décentralisées sur les questions d'hébergement adapté (réunissant les acteurs du SIAO, du médico-social et du médical), les missions LAMPES.
- Installer un **comité de suivi au niveau régional** (mutualisation des outils, échange de pratiques...).

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL  
Partenaires : MDPH, CPAM, Conseils départementaux, structures médico-sociales, établissements de santé, SIAO, préfetures

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Identification/désignation de référents UD- DIRHL, Dd- ARS et Conseil départemental chargés de l'animation de l'espace opérationnel et du suivi des situations de parcours complexes
- Nombre de départements géographiques disposant d'un espace d'appui précarité-perte d'autonomie
- Etat de la mise en place de l'instance de pilotage et de suivi au niveau régional
- Nombre et type d'acteurs participants aux différentes commissions mentionnées ci-dessus
- Nombre de situations individuelles étudiées au niveau des espaces de concertation départementaux, et/ou pour lesquelles une solution a été trouvée à terme

### **8.2.3 Informer les acteurs sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie**

- **Promouvoir et diffuser des contenus de formation/information sur les questions de perte d'autonomie** à destination des acteurs de l'hébergement, du secteur médico-social résidentiel (ACT, LAM, LHSS) et sanitaire, portant notamment sur les ressources du territoire (en structures spécialisées et en logements diffus accompagnés), sur les modalités d'orientation, en lien avec les réseaux de santé et en s'appuyant sur les guides santé et sociaux existants (en particulier le guide santé/hébergement).
- **Communiquer voire élargir l'accessibilité aux portails ressources et aux guichets intégrés** comme le portail national des maisons de retraite Via-TRAJECTOIRE (capacité, services et prestations, coût), les portails SIAO (sur l'hébergement /logement adapté à travers le SI-SIAO), et autres dispositifs d'orientation et d'accompagnement disponibles (en lien par exemple avec les MAIA).

#### **Acteurs**

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL  
Partenaires : Acteurs de l'hébergement (CHRS, CHU, SIAO), acteurs sanitaires (MCO, SRR) et du médico-social résidentiel (LHSS, LAM, ACT)

#### **Calendrier**

#### **Territoire(s)**

Région

#### **Suivi-évaluation (indicateurs)**

##### **Résultats attendus**

- Existence d'un plan d'action en matière de formation
- Nombres de structures CHU et CHRS ciblées ayant pu bénéficier de ce plan de formation
- Etat des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux informations portant sur les ressources existantes (bilan des outils accessibles et mis en place)

#### 8.2.4 Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée

- Promouvoir l'intervention des acteurs du soin au sein des structures d'hébergements à travers des partenariats avec les structures de soins intervenant à domicile (HAD, SSIAD, SAMSAH, infirmiers libéraux, médecins traitants, EMPP), en sollicitant éventuellement l'appui des réseaux de santé, des MAIA, voire de dispositifs expérimentaux.
- Inciter les acteurs du secteur médico-social ou libéral à intervenir pour aider aux actes de la vie quotidienne (aide-soignante, aide médico-psycho-éducative...) : mobilisation des acteurs ; proposition d'une expérimentation appuyée par le niveau national pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) ou de la PCH (prestation de compensation du handicap) pour des raisons administratives.
- Développer les collaborations avec les MDPH pour l'accompagnement des personnes de moins de 60 ans pouvant relever du secteur du handicap.
- Promouvoir et expérimenter des dispositifs d'accompagnement individualisé (du type référent parcours), en lien avec les PTA, les CLIC et les réseaux de santé, permettant d'aider dans l'organisation des prises en charge et des orientations vers les structures adaptées.
- Soutenir les actions menées par la DRIHL dans la poursuite de l'adaptation des structures d'hébergement social aux normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite (chambres PMR, accessibilité des douches...).

##### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes : DRIHL – conseils départementaux  
Partenaires : Acteurs de l'hébergement (CHRS, CHU, SIAO), du médico-social résidentiel (LHSS, LAM, ACT), acteurs sanitaires des territoires de proximité

##### Calendrier

##### Territoire(s)

Région

##### Suivi-évaluation (indicateurs)

- Nombre de personnes accompagnées dans les actes de la vie quotidienne et/ou bénéficiant d'un plan personnalisé de soin (avec des démarches engagées d'orientation vers une structure médico-sociale et/ou la mise en place d'interventions de santé à domicile) par rapport l'ensemble des personnes repérées en perte d'autonomie dans les structures d'hébergement ou de soin résidentiel

-Pourcentage de structures d'hébergement (CHU/CHRS/ACT) ayant mis en place une organisation (protocoles, conventions...) permettant la mobilisation des acteurs du soin et/ou d'aide à la vie quotidienne en tant que de besoin

-Etat des dispositifs d'accompagnement individualisé (de type référent parcours) mis en place dans la région



### 8.2.5 Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation

- Développer les initiatives permettant **d'améliorer des procédures d'orientation vers les structures médicosociales** (de type : plateforme de centralisation des demandes d'EHPAD, guichet unique pour les demandes d'ACT, LAM...) :
  - plaider pour des procédures unifiées par type de besoin et de dépendance,
  - renforcer les possibilités d'articulation interdépartementale pour les situations les plus complexes ou sans solution locale.
- Rechercher des **solutions dérogatoires ou d'assouplissement** pour l'accueil en EHPAD/USLD de **publics en situation administrative précaire ou complexe**, notamment pour :
  - la prise en charge des frais de dépendance et d'aide à la vie quotidienne pour les personnes de moins de 60 ans ; ainsi que des frais d'hébergement et de dépendance pour les personnes sans titre de séjour (proposition d'expérimentation, en lien avec le niveau national,) ;
  - faciliter les démarches administratives et d'accès aux droits sociaux (raccourcissement des délais d'obtention de documents, plaider pour un allongement de la durée de validité des titres de séjour dans les situations de grande dépendance...) concernant l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'accès à la couverture maladie (notamment pour les personnes accueillies en LAM, LHSS et ACT).

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires :

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

##### Résultats attendus

- Etat de la mise en place des guichets uniques de demandes de places en EHPAD et en dispositifs de soins résidentiels.
- Etat de la diminution du nombre de longs séjours hospitaliers pour raisons administratives.
- Evolution du nombre et du pourcentage de sorties de personnes accueillies en structures d'hébergement et de soins résidentiels vers des établissements médico-sociaux adaptés.
- Bilan de l'inscription de la thématique des personnes sans chez-soi et en perte d'autonomie dans les CLS

### 8.2.6 Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes

- Renforcer les capacités du secteur médico-social adapté (EHPAD, Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée ...), ou du logement adapté, à prendre en charge les publics dépendants, sans abri et présentant des fragilités connexes (comme des pathologies addictives ou mentales en cours d'équilibrage), à travers notamment **un accompagnement des équipes en place** : appui par des équipes mobiles extérieures, formation, aide en médiation, analyse des pratiques...
- Mettre en place des expérimentations visant à **renforcer l'offre d'accueil inconditionnel de longue durée**; notamment rechercher des solutions pour démultiplier le nombre de places d'accueil dans les dispositifs de soin résidentiel (comme à travers des montages financiers innovants conjoints DRIHL- ARS).

#### Acteurs

Pilote : ARS  
Copilotes :  
Partenaires :

#### Calendrier

#### Territoire(s)

Région

#### Suivi-évaluation (indicateurs)

-Etat de la mise en place d'un plan d'accompagnement des équipes du secteur médico-social adapté, pour l'accueil de personnes en perte d'autonomie et/ou pouvant présenter des problèmes psychiatriques et/ou une consommation à risque d'alcool

-Nombre de structures CHU et CHRS ayant pu bénéficier de ce plan d'accompagnement

-Evolution du nombre de places créées en offre d'accueil inconditionnel de longue durée

- Evolution du nombre de personnes issues de la grande pauvreté accueillies en structures médico-sociales

## 9 Contributeurs

Ce deuxième PRAPS a été co-construit en lien avec ses principaux partenaires :

### **Des représentants des associations/fondations intervenant dans le champ de la solidarité :**

Armée du Salut, Association pour le Développement de la Santé des Femmes (A.D.S.F.), ATD Quart-Monde, Centre d'Action Social Protestant, COMEDE, Croix Rouge Française, L'Elan Retrouvé, Emmaüs Solidarités, Aurore, La Mie de Pain, Maison des Champs, Médecins du Monde, Médecins sans frontière, Première Urgence Internationale, Samu Social de Paris, S.O.S. Solidarités.

### **Des représentants de fédérations :**

Association des réseaux de santé d'Île-de-France » (RESIF), Fédération des Acteurs de la solidarité/Île-de-France, Fédération Addiction, Fédération des Associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Fédération Santé Habitat (ex FNH-VIH), Union professionnelle du logement accompagné (UNAF0), Union régionale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS).

### **Des acteurs institutionnels :**

Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du 93 et du 75, Centre Hospitalier de Saint-Denis, Coordination Régionale des Equipes mobiles de psychiatrie, Etablissement public de santé mentale de Ville-Evrard, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (EMPP/la boussole), Mission Vulnérabilités de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), PASS du Centre hospitalier de l'Hôtel Dieu.

### **Des professionnels partenaires :**

Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France (ORS Île-de-France), Plateforme des réseaux de santé de l'ouest du 94 (Réseau Addictions Val de Marne Ouest [RAVMO]), Réseau Dépression Paris Sud (DEPSU), Réseau périnatal SOLIPAM, Réseau de santé 92 Nord, Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO 93 / Inter-logement 93), SIAO Insertion 75.

### **Des représentants d'organismes de tutelle :**

Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité des Chances, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

### **Des représentants de collectivités territoriales :**

Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis, Ville/Département de Paris, Ville de Saint-Denis.

### **Des représentants des personnes accueillies et accompagnées :**

Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA).

Nous les remercions vivement de leur contribution, ainsi que l'ensemble des équipes de l'ARS qui se sont mobilisées.

## 10 BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médico-Sociaux. Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. 2012
- Agence Régional de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. [Internet]. Disponible : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>
- Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, *Guide : occupants de campements et personnes en errance, accompagnement vers les dispositifs de santé en Île-de-France*, Paris : ARS IDF, 2015.
- ARS Île-de-France, *Fiche pratique PRAPS*, Paris : ARS IDF 2016.
- ARS Île-de-France, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)*, Paris : ARS IDF, 2012.
- ARVEILLER Jean Paul, MERCUEL Alain, *Santé mentale et précarité, aller vers et rétablir*, Collection cahiers de Sainte Anne, Paris : Lavoisier, 2012.
- BEQUE M. L'enquête Parcours et Profils des migrants. Rev Eur Migr Int. 2009 Jun 1;25(1):215-34.
- BERCHET et al. État de santé et recours aux soins des immigrants : une synthèse des travaux français, Questions d'économie de la santé, 2012, 172, pp. 1-8.
- BOHN Irène, *Patients psychiatriques ambulatoires, quelle coordination des soins ?* La Revue du Praticien Médecine Générale, Tome 21, n°770/771, mai 2007, p. 511-514.
- CAILLAT Anne Marie, *Précarité et accès aux soins : une nécessaire modification des pratiques professionnelles ?* mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), 2002
- Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. Précarités, risque et santé. 2003. N°63
- COGNET M, HAMEL C, MOISY M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Revue européenne des migrations internationales [Internet]. 2013 Juin. 28(2) :11-34
- COLLIN Thomas - Parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé - Evaluation du retour au droit commun. Thèse de Médecine : Grenoble 2011
- Conseil Economique et Social, *avis adopté sur la « grande pauvreté et la précarité économique et sociale »*, Paris : JO, 28 février 1987.
- CRAMBERT Geneviève, PUREN Agnès, BOUGON Aude, QUELLENEC Patrick, *Equipe Mobile Précarité : un outil pour travailler le lien*, Soins psychiatrie n° 287, juillet/août 2013, p 25-28.
- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Collection l'histoire immédiate, Paris : Seuil, 1998.

- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Quel logement pour les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour en (...)* - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2006 [Internet]. [cité le 25 novembre 2014] <http://www.drees.sante.gouv.fr/quel-logement-pour-les-nouveaux-beneficiaires-d-un-titre-de-sejour-en-france,4312.html>
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), *Les PASS un dispositif en évolution*, Paris : DGOS, 2012.
- DOUGNON P et al. *La santé perçue des immigrés en France*. IRDES. 2008
- Fédération Hospitalière de France (FHF), *Médecins du monde, La prise en charge des personnes vulnérables ; agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé*, Paris : FHF, médecins du monde, 2014.
- Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS), *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, Paris : FNARS, 2010.
- FINON Elizabeth, GIRARDIN Bernard, HOARAU Matthieu, DU SOUICH Hervé, TOUCHE Marie-Jo, VALDANT Jacques, *la fracture territoriale - analyse croisée des inégalités en Île-de-France*, Paris : Secours Catholique – Caritas France, février 2016. p 29.
- France Terre d'Asile Rapport d'activité 2013.. [Internet]. [Internet]. [cité le 25 novembre 2014]. Disponible : <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/rapport-activites/rapport-activit%C3%A9-2013-web.pdf>
- FURTOS Jean, *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologique et dispositifs*, Paris : Masson, 2008.
- GEERAERT Jérémy, RIVOLLIER Elizabeth, *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, Soins n° 790, novembre 2014, p 14-18.
- GEORGES Claire, PLATON Jackie, *La PASS : micro modèle d'un système d'organisation des soins*, ASH n°550, février 2013, p 28-30.
- GEORGES TARRAGANO Claire, ASTRE Harold, PIERRU Frédéric, *Soigner (l') humain : manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2015.
- HAMEL et al. *Migrations, conditions de vie et état de santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines*, 2008, BEH, 2-3-4, pp. 21-24
- HAS. *Parcours de soins. Questions/Réponses*. Mai 2013. [Internet]. [cité le 8 décembre 2014]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)
- Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : ENSP, février 1998.
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, Paris : HCSP, 2016.

- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Rapport du 22 mars 2013. [Internet]. [cité le 18 novembre 2014]. Disponible : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avenir\\_assurance-maladie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avenir_assurance-maladie.pdf)
- HELFTER Caroline, *Permanence d'accès aux soins de santé, le bouclier social de l'hôpital*, ASH n°2851, mars 2014, p 32-35.
- INSEE, *Bloc-notes de l'Observatoire économique de Paris*, Paris, Journal Officiel, 1987.
- JUSOT, SILVA, DOURGNON, SERMET. Etat de santé des populations immigrées en France IRDES. 2008
- LANG T. Les inégalités sociales de santé. Actualités et dossier en santé publique. 2010. 73 : 7-57
- LAPORTE Anne, CHAUVIN Pierre, *Rapport SAMENTA sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'IDF*, Paris : INSERM, Samu Social de Paris, 2010.
- LEGOFF Sophie, *L'accès des patients précaires aux parcours de soins de droits communs*, thèse de doctorat en médecine, 2014
- LEGROS Michel, *groupe de travail « santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Paris : conférence nationale contre la pauvreté et l'inclusion sociale, 2012.
- MARQUES Ana, FURLAN Julie, VELPRY Livia, *Les pratiques de prescription des ordonnances de précarité à l'EPS de Ville Evrard*, Santé publique volume 27, mai 2015, p 623-631.
- MECHALI Denis, DEHAUDT Sylvie, PINTIR Marie Laure, *Une permanence d'accès aux soins de santé un lien de confiance avec le patient*, la revue de l'infirmière n° 214.
- MERCUEL Alain, GRIMAULT Sophie, BICINI Céline, MARIE LOUISE Sylvie, VEGAS Christiane, ARVEILLER Jean Paul, *Vers la construction d'une clinique psycho sociale, le service d'appui santé mentale et exclusion sociale*, soins psychiatrie n° 258, sept/octobre 2008, p 21-25.
- MOUZON Céline, *Accès aux soins : les PASS au service des plus précaires*, alternatives économiques n° 348, juillet 2015.
- NICOL Yvonne, *Favoriser l'accès aux soins des personnes malades en situation de précarité*, la revue de l'infirmière n°152, juillet/août 2009, p 21-22.
- Observatoire Régional de Santé (ORS), *la santé observée en Seine Saint Denis*, Île-de-France : ORS, 2015.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa (Canada), 1986.
- PAILHES S – de la PASS au système de santé de droit commun.-226 f, 4 ill., 11 tabl. Thèse de doctorat en Médecine. : Lyon 2008

- PARIZOT I. CHAUVIN P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. Revue d'épidémiologie et de santé. 2003
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, collection le Lien social, Paris : Les Presses universitaires de France, 2003.
- PLURICITE *Etude et analyse du rôle et de la place des centres de sante dits 'humanitaires dans l'offre de soins francilienne*, Rapport final, ARS Île-de-France, Décembre 2015, [www.pluricite.fr](http://www.pluricite.fr)
- POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p
- Rapports du CNLE : Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale - édition 2016.
- RODRIGUES MARQUES Anna Claudia, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micro politique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, thèse de doctorat en sociologie, 2010
- TAP Pierre, VASCONCELOS Maria de Lourdes, *Précarité et vulnérabilité psychologique*, Toulouse : Erès, 2004.
- TUDREJ Benoit, *Précarité : analyse d'un concept*, mémoire de Master 1, 2007.
- VELUT Nicolas, *Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ?*, Empan n°98, 2015, p 47-54
- WATREMEZ Valerie, *Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), somatique en milieu psychiatrique : un dispositif pivot de la coordination des parcours des soins* » mémoire de master 2 « santé et médico-social, Centre Hospitalier St. Anne Université Paris est Marne la Vallée, décembre 2016.
- WRESINSKI. J Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.

LEGISLATION :

- Article L1411-1-1 du code de santé publique, modifié par la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001/393 du 02 août 2001, d'orientation relatives « aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ».
- Circulaire DGOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005.
- Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)





[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)



@ars\_IDF

Agence régionale de santé


IDF-2018-07-23-006

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-63 PORTANT  
AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE  
DE PHARMACIE**

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-63  
PORTANT AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE DE PHARMACIE**


**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE**

- VU le code de la santé publique et notamment ses articles L.5125-3 à L.5125-16 et R.5125-1 à R.5125-8 ;
- VU l'arrêté du 21 mars 2000 fixant la liste des pièces justificatives devant être jointes à une demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie ;
- VU l'instruction n° DGOS/R2/2015/182 du 2 juin 2015 relative à l'application des articles L.5125-3 et suivants du code de la santé publique concernant les conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou de regroupement ;
- VU le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015 nommant Monsieur Christophe DEVYS Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'arrêté n° DS-2018/30 du 17 juillet 2018, publié le 17 juillet 2018, portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à Monsieur Didier JAFFRE, Directeur de l'offre de soins et à plusieurs de ses collaborateurs ;
- VU l'arrêté du 18 mars 1975 portant octroi de la licence n°77#000292 à l'officine de pharmacie sise centre commercial de Plessis-le-Roi à SAVIGNY-LE-TEMPLE (77176) ;
- VU la demande enregistrée le 6 avril 2018, présentée par Madame Isabelle HOURTICQ-MARECHAL et Monsieur Olivier GODEFROY, pharmaciens titulaires de l'officine sise centre commercial de Plessis-le-Roi à SAVIGNY-LE-TEMPLE (77176), en vue du transfert de cette officine vers le 17 place du Miroir d'eau dans la même commune ;
- VU l'avis du Syndicat des Pharmaciens de Seine et Marne en date du 1<sup>er</sup> juin 2018 ;
- VU l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Ile-de-France en date du 12 juin 2018 ;

- 
- VU l'avis sur la conformité du local proposé aux conditions minimales d'installation rendu le 19 juin 2018 par le responsable du Département Qualité Sécurité et Pharmacie Médicament Biologie de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'avis réputé rendu de l'Union Nationale des Pharmacies de France ;
- VU l'avis réputé rendu du Préfet de Seine-et-Marne ;
- CONSIDERANT que le déplacement envisagé se fera à 70 mètres, soit environ une minute à pied de l'emplacement actuel de l'officine, dans le même quartier, dans la même zone IRIS dénommée Plessis-le-Roi ;
- CONSIDERANT que le transfert n'aura pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier d'origine ;
- CONSIDERANT que l'accès au nouvel emplacement de l'officine sis 17 place du Miroir d'eau à SAVIGNY-LE-TEMPLE (77176) est facilité par la visibilité, par des aménagements piétonniers et par des stationnements ;
- CONSIDERANT que le transfert envisagé permet de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidente du quartier d'accueil de l'officine ;
- CONSIDERANT que le local proposé, qui est situé dans un lieu garantissant un accès permanent du public à la pharmacie, est conforme aux conditions minimales d'installation ;

## ARRETE

- ARTICLE 1<sup>er</sup> : Madame Isabelle HOURTICQ-MARECHAL et Monsieur Olivier GODEFROY, pharmaciens, sont autorisés à transférer l'officine de pharmacie dont ils sont titulaires du centre commercial de Plessis-le-Roi à SAVIGNY-LE-TEMPLE (77176) vers le local d'accueil sis 17 place du Miroir d'eau, au sein de la même commune.
- ARTICLE 2 : La licence n°77#000596 est octroyée à l'officine sise 17 place du Miroir d'eau à SAVIGNY-LE-TEMPLE (77176).
- Cette licence ne pourra être cédée indépendamment du fonds de commerce auquel elle se rapporte.

- 
- ARTICLE 3 : La licence n°77#000292 devra être restituée à l'Agence régionale de santé Ile-de-France avant l'ouverture au public de la nouvelle officine.
- ARTICLE 4 : Conformément aux dispositions de l'article L5125-7 du code de la santé publique, l'officine dont le transfert est ainsi autorisé, devra être effectivement ouverte au public au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification du présent arrêté, sauf cas de force majeure.
- ARTICLE 5 : Sauf cas de force majeure constaté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France, l'officine dont le transfert est autorisé par le présent arrêté ne pourra être transférée ou faire l'objet d'un regroupement avant expiration d'un délai de cinq ans à partir de la notification du présent arrêté.
- ARTICLE 6 : Un recours contentieux contre le présent arrêté peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de la notification de l'arrêté pour les intéressés ou de sa publication pour les tiers.
- ARTICLE 7 : Le directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

Fait à Paris le 23 juillet 2018

Pour le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Ile-de-France  
et par délégation,

La Directeur adjoint du Pôle Efficience

**Signé**

Franck ODOUL

Agence régionale de santé


IDF-2018-07-23-007

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-64 PORTANT  
AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE  
DE PHARMACIE**

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-64  
PORTANT AUTORISATION DE TRANSFERT D'UNE OFFICINE DE PHARMACIE**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE**

- VU le code de la santé publique et notamment ses articles L.5125-3 à L.5125-16 et R.5125-1 à R.5125-8 ;
- VU l'arrêté du 21 mars 2000 fixant la liste des pièces justificatives devant être jointes à une demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie ;
- VU l'instruction n° DGOS/R2/2015/182 du 2 juin 2015 relative à l'application des articles L.5125-3 et suivants du code de la santé publique concernant les conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou de regroupement ;
- VU le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015 nommant Monsieur Christophe DEVYS Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'arrêté n° DS-2018/30 du 17 juillet 2018, publié le 17 juillet 2018, portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à Monsieur Didier JAFFRE, Directeur de l'offre de soins et à plusieurs de ses collaborateurs ;
- VU l'arrêté du 2 janvier 1970 portant octroi de la licence n°95#000016 à l'officine de pharmacie sise 25 rue du Docteur Paul Bruel à LOUVRES (95380) ;
- VU la demande enregistrée le 9 avril 2018, présentée par Monsieur Alexis SKRZYPEK, pharmacien titulaire de l'officine sise 25 rue du Docteur Paul Bruel, en vue du transfert de cette officine vers le local sis place des Silos à LOUVRES (95380) ;
- VU l'avis de l'Union Syndicale des pharmaciens d'Officine du Val d'Oise en date du 7 mai 2018 ;
- VU l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Ile-de-France en date du 12 juin 2018 ;
- VU l'avis de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France du Val d'Oise en date du 29 juin 2018 ;



VU l'avis sur la conformité du local proposé aux conditions minimales d'installation rendu le 12 juillet 2018 par le responsable du Département Qualité Sécurité et Pharmacie Médicament Biologie de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;

VU l'avis réputé rendu du Préfet du Val-d'Oise ;

CONSIDERANT que le quartier d'origine correspond au quartier sud de la ville de LOUVRES (95380), délimité par la ligne du chemin de fer du RER D, l'avenue Vieille France, la départementale 317 et la rue André Malraux ;

CONSIDERANT que les officines de pharmacie sises 88 rue de Paris et place J.B. Corot sont situées respectivement à environ 450 mètres et 650 mètres de l'officine du demandeur dans la partie sud de la ville de LOUVRES (95380) ;

CONSIDERANT que le quartier sud de la ville de LOUVRES (95380) ne sera pas dépourvu en officine de pharmacie ;

CONSIDERANT que le transfert n'aura pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population du quartier d'origine ;

CONSIDERANT que le quartier d'accueil correspond au quartier nord de la ville de LOUVRES (95380), délimité par la départementale 184, la ligne de chemin de fer du RER D, la route de Louvres à Puiseux en France et la limite communale entre LOUVRES et PUISEUX EN-FRANCE ;

CONSIDERANT que le quartier nord de la ville de LOUVRES (95380) est dépourvu d'officine ;

CONSIDERANT que l'accès à la nouvelle officine est facilité par des stationnements et des dessertes de transport en commun ;

CONSIDERANT que le transfert envisagé permet de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidente du quartier d'accueil de l'officine ;


CONSIDERANT que le local proposé, qui est situé dans un lieu garantissant un accès permanent du public à la pharmacie, est conforme aux conditions minimales d'installation ;





## ARRETE

- ARTICLE 1<sup>er</sup> : Monsieur Alexis SKRZYPEK, pharmacien, est autorisé à transférer l'officine de pharmacie dont il est titulaire du 25 rue du Docteur Paul Bruel à LOUVRES (95380), vers le local sis place des Silos, au sein de la même commune.
- ARTICLE 2 : La licence n°95#001121 est octroyée à l'officine sise place des Silos à LOUVRES (95380).
- Cette licence ne pourra être cédée indépendamment du fonds de commerce auquel elle se rapporte.
- ARTICLE 3 : La licence n°95#000016 devra être restituée à l'Agence régionale de santé Ile-de-France avant l'ouverture au public de la nouvelle officine.
- ARTICLE 4 : Conformément aux dispositions de l'article L5125-7 du code de la santé publique, l'officine dont le transfert est ainsi autorisé, devra être effectivement ouverte au public au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification du présent arrêté, sauf cas de force majeure.
- ARTICLE 5 : Sauf cas de force majeure constaté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France, l'officine dont le transfert est autorisé par le présent arrêté ne pourra être transférée ou faire l'objet d'un regroupement avant expiration d'un délai de cinq ans à partir de la notification du présent arrêté.
- ARTICLE 6 : Un recours contentieux contre le présent arrêté peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de la notification de l'arrêté pour les intéressés ou de sa publication pour les tiers.



ARTICLE 7 : Le directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

Fait à Paris le 23 juillet 2018

Pour le Directeur Général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France  
et par délégation,

La Directeur adjoint du Pôle Efficience

**Signé**

Franck ODOUL



Agence régionale de santé


IDF-2018-07-23-005

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-65 PORTANT  
AUTORISATION DE REGROUPEMENT D'OFFICINES  
DE PHARMACIE**

**ARRETE N°DOS/AMBU/OFF/2018-65  
PORTANT AUTORISATION DE REGROUPEMENT D'OFFICINES DE PHARMACIE**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE**

- VU le code de la santé publique et notamment ses articles L.5125-3 à L.5125-16 et R.5125-1 à R.5125-8 ;
- VU l'arrêté du 21 mars 2000 fixant la liste des pièces justificatives devant être jointes à une demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie ;
- VU l'instruction n° DGOS/R2/2015/182 du 2 juin 2015 relative à l'application des articles L.5125-3 et suivants du code de la santé publique concernant les conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou de regroupement ;
- VU le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015 nommant Monsieur Christophe DEVYS Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'arrêté n° DS-2018/30 du 17 juillet 2018, publié le 17 juillet 2018, portant délégation de signature du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à Monsieur Didier JAFFRE, Directeur de l'offre de soins et à plusieurs de ses collaborateurs ;
- VU l'arrêté du 25 février 1944 portant octroi de la licence n°78#000372 à l'officine de pharmacie sise 34 rue de Paris à MONFORT-L'AMAURY (78490) ;
- VU l'arrêté du 23 mai 1944 portant octroi de la licence n°78#000411 à l'officine de pharmacie sise 7 rue de Dion à MONFORT-L'AMAURY (78490) ;
- VU la demande enregistrée le 12 avril 2018, présentée par Madame Christine SARLOT-GARROS, Madame Sophie DELAGE-LEROI pharmaciennes titulaires de l'officine sise 34 rue de Paris à MONTFORT-L'AMAURY (78490), et Madame Caroline LEVY, pharmacienne titulaire de l'officine sise 7 rue de Dion à MONTFORT-L'AMAURY (78490), en vue du regroupement de leurs officines vers le local de l'une d'entre elles sis 34 rue de Paris à MONTFORT-L'AMAURY (78490) ;
- VU l'avis sur la conformité du local proposé aux conditions minimales d'installation rendu le 8 juin 2018 par le responsable Département Qualité Sécurité Pharmacie Médicament Biologie de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- VU l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Ile-de-France en date du 12 juin 2018 ;

- 
- VU l'avis réputé rendu de l'Union Nationale des Pharmacies de France ;
- VU l'avis réputé rendu de la Chambre Syndicale des Pharmaciens des Yvelines ;
- VU l'avis réputé rendu des Syndicats des Pharmaciens des Yvelines ;
- VU l'avis réputé rendu du Préfet des Yvelines ;

CONSIDERANT que la commune de MONTFORT-L'AMAURY (78490) est actuellement pourvue par deux officines distantes d'environ 200 mètres, situées dans le centre-ville pour une population de 2953 habitants ;

CONSIDERANT que le regroupement proposé n'aura pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune et du quartier d'origine des officines à regrouper ;

CONSIDERANT que le regroupement envisagé permet de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidente de la commune et du quartier où sera située l'officine issue du regroupement ;

CONSIDERANT que le local proposé, qui est situé dans un lieu garantissant un accès permanent du public à la pharmacie, est conforme aux conditions minimales d'installation ;

### ARRETE


ARTICLE 1<sup>er</sup> : Est autorisé le regroupement, dans le local sis 34 rue de Paris à MONTFORT-L'AMAURY (78490), des officines exploitées par la SELARL PHARMACIE DE L'HOTEL DE VILLE dont Madame Christine SALORT- GARROS et Madame Sophie DELAGE-LEROI sont titulaires et par la PHARMACIE LEVY-SADON dont Madame Caroline LEVY est titulaire.

ARTICLE 2 : La licence n°78#001295 est octroyée à l'officine issue du regroupement.

Cette licence ne pourra être cédée indépendamment du fonds de commerce auquel elle se rapporte.

ARTICLE 3 : Les licences n°78#000372 et n°78#000411 devront être restituées à l'Agence Régionale de Santé avant l'ouverture au public de la nouvelle officine.

ARTICLE 4 : Conformément aux dispositions de l'article L5125-7 du code de la santé publique, l'officine sise sis 34 rue de Paris à MONTFORT-L'AMAURY (78490) devra être effectivement ouverte au public au plus tard à l'issue d'un délai d'un an à compter de la notification du présent arrêté, sauf prolongation en cas de force majeure.

- 
- ARTICLE 5 : Sauf cas de force majeure constaté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, l'officine issue du regroupement autorisé par le présent arrêté ne pourra être transférée avant expiration d'un délai de cinq ans à partir de la notification du présent arrêté.
- ARTICLE 6 : Un recours contentieux contre le présent arrêté peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de la notification de l'arrêté pour les intéressés ou de sa publication pour les tiers.
- ARTICLE 7 : Le directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France.

Fait à Paris le 23 juillet 2018

Pour le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Ile-de-France  
et par délégation,

Le Directeur adjoint du Pôle Efficience

**Signé**

Franck ODOUL



## Agence régionale de santé

IDF-2018-07-23-009

Décision n°18-1720 autorisant à renouveler au profit du  
CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, sur le  
site du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, 5  
rue Pierre et Marie Curie – 78120 Rambouillet, sur la base  
des engagements pris par le promoteur rappelés dans la  
présente décision.

## AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

### DECISION N° 18-1720

#### LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

- VU le code de la santé publique et notamment les articles L.6122-1 et suivants, R.6122-23 et suivants, R.6122-37 et D.6122-38 ; R.6123-33 à R.6123-38-7, D.6124-27 à D.6124-34-5 relatifs à la réanimation ;
- VU l'ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- VU le décret n°2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- VU le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015 portant nomination de Monsieur Christophe DEVYS, Conseiller d'Etat, Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à compter du 17 août 2015 ;
- VU le décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé public et privés pratiquant la réanimation ;
- VU le décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue ;
- VU le décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé ;
- VU l'arrêté n°10-646 du 15 novembre 2010 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à la définition des territoires de santé de la région Ile-de-France et à la création des Conférences de territoires ;
- VU l'arrêté n°15-990 du 2 décembre 2015 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif au calendrier de dépôt des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisations présentées en application des articles L.6122-1 et L.6122-9 du code de la santé publique ;
- VU l'arrêté n°2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du projet régional de santé d'Ile-de-France, modifié par l'arrêté n°2013-081 du 25 février 2013 dans son volet hospitalier, révisé par l'arrêté n°15-077 du 11 mars 2015 dans sa partie hospitalière ;
- VU l'arrêté n°17-1026 du 10 juillet 2017 et l'arrêté n°18-403 du 8 février 2018 relatifs au bilan quantifié de l'offre de soins par territoire de santé pour les activités de soins de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, de soins de suite et réadaptation, de soins de longue durée, de psychiatrie, d'activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, d'activités



biologiques d'assistance médicale à la procréation, d'activités de diagnostic prénatal, de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, de médecine d'urgence, de réanimation, d'hospitalisation à domicile en région Ile-de-France ;

VU la demande présentée par le CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET dont le siège social est situé 5 rue Pierre et Marie Curie – 78120 Rambouillet, en vue d'obtenir le renouvellement de l'autorisation d'exercer l'activité de réanimation-USC dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière de soins critiques au sein du GHT Yvelines-Sud sur le site du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, 5 rue Pierre et Marie Curie – 78120 Rambouillet ;

VU la consultation de la Commission spécialisée de l'organisation des soins en date du 5 juillet 2018 ;

CONSIDERANT que s'agissant d'un renouvellement d'autorisation, la demande est sans incidence sur le bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins, pour l'activité de réanimation, sur le territoire de santé des Yvelines ;

CONSIDERANT que le Centre hospitalier de Rambouillet, établissement public de santé membre, avec le Centre hospitalier de Versailles notamment, du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines Sud, a été autorisé, par décision n°07-123 du 6 mars 2007, à exercer l'activité de réanimation ; que cette autorisation a une échéance fixée au 28 août 2018 ;

que suite au dépôt de son dossier d'autorisation, le promoteur ne peut se prévaloir du renouvellement tacite de son autorisation, le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France l'ayant enjoint, par courrier du 18 août 2017 de déposer un dossier complet de demande de renouvellement aux motifs que :

- l'analyse de l'activité interrogeait quant à la nature des patients pris en charge (il apparaissait que les profils de patients pris en charge relevaient pour partie davantage d'une unité de soins continus que d'une unité de réanimation),
- les capacités de l'unité de surveillance continue (2 lits exploités) n'étaient pas au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation (8 lits), contrairement aux recommandations de la circulaire DHOS/SDO/n°2003/413 du 27 août 2003 ;
- les praticiens de l'unité de réanimation assuraient, outre la permanence de ce service, celle de l'unité de surveillance continue et de l'unité de soins intensifs en cardiologie contrairement aux objectifs de la circulaire DHOS/SDO/n°2003/413 du 27 août 2003 qui prévoit que la permanence médicale « dans l'unité de réanimation doit être assurée, à la disposition exclusive de l'unité, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, week-end et jours fériés compris » ;
- le dossier d'évaluation ne présentait pas d'organisation avec d'autres établissements du territoire, permettant de pallier les insuffisances énoncées constatées ;

CONSIDERANT que le Centre hospitalier de Rambouillet exploite actuellement 8 lits de réanimation, 2 lits d'unité de soins continus (USC, secteur réanimation) et 6 lits d'unité de soins intensifs en cardiologie (USIC), soit 16 lits de soins critiques au total ;

qu'il sollicite, par la présente demande, le renouvellement de son autorisation d'exercer l'activité de réanimation en proposant une nouvelle organisation d'exploitation des 16 lits de soins critiques en 8 lits de réanimation et 8 lits d'USC ;

de ce fait, qu'à l'issue de cette réorganisation, le demandeur n'exploitera plus de lits d'USIC ;

CONSIDERANT que le promoteur s'est également engagé, dans le dossier de demande de renouvellement, à constituer une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH), avec le Centre hospitalier de Versailles, dans le cadre du projet médical partagé du GHT Yvelines Sud ; que ce projet médical prévoit, entre autre, la mise en commun de protocoles de prise en charge et de gradation des soins devant permettre de consolider l'équipe de manière pérenne, de favoriser les recrutements et rompre l'isolement géographique de l'établissement ;

que cette FMIH prévoit entre autre :

- l'organisation et le fonctionnement des services de soins critiques des deux établissements publics du GHT Yvelines Sud pour la mise en place d'une filière de soins graduée ;
- le recrutement pérenne de l'équipe médicale définie de façon concertée ; qu'à ce titre, un poste d'assistant spécialiste à temps partagé sera recruté ;
- l'élaboration d'un programme de travail commun et partagé : harmonisation des protocoles, harmonisation du codage, partage des bibliographies communes, mise en place de staffs par vidéoconférence, visioconférence ou conférence téléphonique, mise en place d'une politique commune de formation, développement d'activité de recherche, harmonisation des politiques d'équipement ( ... ) ;

que cette réflexion collaborative va permettre la mise en place d'une organisation graduée et de qualité ;

CONSIDERANT que le maintien de l'activité de réanimation, sur le site du CH de Rambouillet, établissement géographiquement isolé, apparait comme une nécessité de santé publique dans la mesure où le nombre de passage au sein du service des urgences croît de façon constante et que l'activité de réanimation irrigue et nourrit en partie l'activité du pôle MCO ;

que le service de réanimation du CH de Rambouillet est la seule offre publique, avec le service du CH de Versailles, dans le Sud du département des Yvelines ;

CONSIDERANT que le projet est conforme aux orientations du SROS-PRS, quant à la mise en œuvre, notamment, d'une organisation de soins globale dans une volonté de réponse aux contraintes liées à la démographie médicale et à l'amélioration de la qualité des soins ;

que l'activité existante met en évidence le besoin d'une offre de soins critiques dans l'établissement ;

CONSIDERANT que l'équipe médicale est composée de 7 médecins réanimateurs disposant du droit de plein exercice, totalisant 6,6 ETP ;

que dans le cadre du projet présenté, les réanimateurs assureront la permanence des soins des lits de réanimation ainsi que de l'ensemble des lits d'USC ; qu'il existe par ailleurs une ligne de médecins non seniors assurées par des stagiaires associés afin de sécuriser l'organisation ;

CONSIDERANT que la permanence des soins paramédicale, pour l'unité de réanimation et USC est également assurée et que l'effectif sera adapté dans le cadre de la nouvelle organisation de l'unité de soins critiques ;

CONSIDERANT que le service de réanimation est situé à proximité du service d'accueil des urgences, du bloc opératoire, du service d'imagerie et de l'USC ;

que le projet prévoit des travaux d'aménagement minimes afin d'agrandir la partie USC par la transformation des lits d'USIC afin de répondre aux exigences architecturales de l'article D.6124-27 et 28 du Code de la santé publique ;

CONSIDERANT cependant que le renforcement de l'effectif de kinésithérapeutes doit être organisé pour pouvoir faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation (conformément à l'article D.6124-33 du Code de la santé publique) ;

que les personnels paramédicaux du service de soins critiques devront satisfaire aux recommandations des sociétés savantes en termes de formation, d'adaptation à l'emploi spécifique aux patients à risque de défaillance vitale, d'effectifs infirmiers et d'aides-soignants (au moins 0,4 par lit ouvert) et d'organisation avec un projet de soins spécifique ;

que les critères d'évaluation à retenir sont ceux définis dans le projet régional de santé et par l'arrêté n°16-145 du 4 avril 2016 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France fixant les indicateurs d'évaluation pour les autorisations de réanimation adulte en région Île-de-France.

que les services de l'Agence régionale de santé seront vigilants quant au respect de ces conditions techniques de fonctionnement ;

CONSIDERANT que la présente décision de renouvellement de l'autorisation de réanimation, sur le site du Centre hospitalier de Rambouillet, est conditionnée à la mise en œuvre de la convention signée avec le service de réanimation du CH de Versailles ;

## DECIDE

ARTICLE 1er : L'autorisation d'exercer l'activité de réanimation, est renouvelée au profit du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, sur le site du CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET, 5 rue Pierre et Marie Curie – 78120 Rambouillet, sur la base des engagements pris par le promoteur rappelés dans la présente décision ;

Comme le prévoient les articles L.6122-7 et L.6122-10 du code la Santé publique, ce renouvellement est subordonné à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins ;

Une visite de conformité sera réalisée par les services de l'Agence régionale de santé afin de vérifier la réalisation des conditions auxquelles le renouvellement est subordonné, conformément à l'article L 6122-4 du CSP ;

L'autorisation pourra être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L. 6122-13 du CSP si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées.

ARTICLE 2 : La durée de validité de la présente autorisation est de 7 ans à compter de la date de fin de validité de l'autorisation, soit à compter du 29 août 2018 ;

ARTICLE 3 : L'établissement devra produire les résultats de l'évaluation de l'activité et du fonctionnement des services concernés par la présente autorisation 14 mois avant la date d'échéance de l'autorisation. Les critères d'évaluation à retenir sont au minimum ceux définis dans le schéma régional d'organisation sanitaire.

ARTICLE 4 : Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé dans les deux mois de sa notification devant la Ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal administratif compétent dans les deux mois suivant la notification de la présente décision.

ARTICLE 5 : Les Directeurs et les Délégués départementaux de l'Agence régionale de santé Ile-de-France sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Ile-de-France.

Fait à Paris le 23 juillet 2018

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France

**signé**

Christophe DEVYS

ARS Ile de France

IDF-2018-07-18-014

Arrêté n° DOS/2018 - 1727 du 18/07/18 du Directeur  
général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France  
portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de  
Jouarre par le <sup>fusion absorption</sup> Grand Hôpital de l'Est Francilien  
*Grand hôpital de l'Est Francilien*  
*Centre hospitalier de jouarre*

**AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE**

**ARRETE N° DOS/2018 - 1727**

Portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le Grand Hôpital de l'Est Francilien

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE**

- VU le code de la santé publique et, notamment, les articles L.6141-1, L.6141-7-1 et R.6141-11 ;
- VU l'arrêté n° 2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du projet régional de santé d'Ile-de-France, modifié par l'arrêté n°2013-081 du 25 février 2013 dans son volet hospitalier, révisé par l'arrêté n°15-077 du 11 mars 2015 dans sa partie hospitalière ;
- VU le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015 portant nomination du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France ;
- VU les délibérations du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 13 mars 2018 et du Conseil de surveillance du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 16 février 2018 ;
- VU les avis de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 9 mars 2018 et du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 15 février 2018 ;
- VU les avis du Comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 13 mars 2018 et du Comité technique d'établissement du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 15 février 2018 ;
- VU la délibération du Conseil municipal de la Ville de Meaux en date du 13 avril 2018 ;
- VU l'information du Comité stratégique du GHT Nord 77 en date du 24 mai 2018 ;
- VU la consultation de la commission spécialisée de l'organisation des soins en date du 5 juillet 2018 ;

**CONSIDERANT** la compatibilité du projet de fusion entre le Centre Hospitalier de Jouarre et le Grand Hôpital de l'Est Francilien avec les orientations du Schéma régional de l'organisation des soins du projet régional de santé d'Ile-de-France ;

**CONSIDERANT** que cette opération de fusion s'appuie sur un projet médical commun dans le but d'une meilleure complémentarité entre les équipes médicales, d'une optimisation de l'offre gériatrique sur le territoire et de la fluidification du parcours de soins du patient ; que cette fusion permet également de développer l'attractivité du recrutement des personnels médicaux et non médicaux et de répondre à la nécessité d'ouverture du Centre Hospitalier de Jouarre sur son territoire ;

---

---

CONSIDERANT que l'objectif de la fusion est également d'approfondir l'optimisation des moyens, notamment des services support et des équipements des établissements fusionnés, également membres du GHT 77 Nord;

### ARRETE

ARTICLE 1er : Le présent arrêté porte fusion par absorption à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 :

- du Centre Hospitalier de Jouarre (numéro FINESS juridique 770813814), dont le siège social est situé 18 rue du Petit Huet, 77264 Jouarre,
- par le Grand Hôpital de l'Est Francilien (numéro FINESS juridique 770021145) dont le siège social est situé 6-8 rue Saint Fiacre, BP 218,77104 Meaux ;

ARTICLE 2 : L'établissement issu de cette fusion reste dénommé Grand Hôpital de l'Est Francilien. Il est de ressort intercommunal.

En application de cette fusion, le Grand Hôpital de l'Est Francilien conserve le numéro de FINESS juridique (770021145) ;

Les numéros FINESS géographiques sont inchangés.

ARTICLE 3 : Le siège social de cet établissement public de santé est fixé au 6-8 rue Saint Fiacre, BP 218,77104 Meaux.

ARTICLE 4 : Les instances de gouvernance et les organes représentatifs du personnel de cet établissement public seront constitués conformément aux dispositions du Code de la santé publique et notamment les articles L.6143-5, L.6143-7-5, L.6144-1, L.6144-3 et L.6146-9 ainsi qu'aux dispositions réglementaires afférentes.

ARTICLE 5 : Le Grand Hôpital de l'Est Francilien devient l'employeur des personnels mentionnés à l'article L.6152-1 du code de la santé publique, exerçant au sein du Centre Hospitalier de Jouarre.

Les procédures de recrutement et d'avancement en cours au sein du Centre Hospitalier de Jouarre peuvent être valablement poursuivies au sein du Grand Hôpital de l'Est Francilien.

ARTICLE 6 : L'actif et le passif, l'ensemble des éléments constitutifs du patrimoine, les biens meubles et immeubles du domaine public et privé, ainsi que les droits et obligations à l'égard des tiers du Centre Hospitalier de Jouarre sont transférés à la date effective de la fusion prévue à l'article 1er du présent arrêté, soit le 1er janvier 2019, au Grand Hôpital de l'Est Francilien. Ces transferts ne donnent lieu à aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraire.

Les legs et les donations consentis au Centre Hospitalier de Jouarre sont reportés sur le Grand Hôpital de l'Est Francilien, avec la même affectation.



---

---

L'autorisation d'activité de soins détenue à la date du présent arrêté par le Centre Hospitalier de Jouarre est transférée au Grand Hôpital de l'Est Francilien, à compter du 1er janvier 2019, date effective de la fusion. Il en est de même des reconnaissances contractuelles. Le site géographique de réalisation de ces activités reste inchangé.

Il en est de même des autorisations de pharmacie à usage intérieur, de dépôt de sang, d'éducation thérapeutique et de prélèvements ainsi que des autorisations médico-sociales le cas échéant.

ARTICLE 7 : Le Directeur commun du Centre Hospitalier de Jouarre et du Grand Hôpital de l'Est Francilien est chargé de préparer la mise en œuvre de la fusion.

Il est notamment chargé de finaliser la clôture des comptes établie par le comptable public ainsi que toutes les opérations se rapportant à la gestion de l'exercice 2018 des deux établissements fusionnés.

ARTICLE 8 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Ile-de-France. Un recours contentieux contre le présent arrêté peut être formé auprès du Tribunal administratif compétent. Le délai de recours est de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Ile-de-France pour les tiers.

Fait à Paris, le **18 JUIL. 2018**

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France

Christophe DEVYS