2011-2016

Plan Stratégique

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

Plan stratégique

2011-2016

DATE DE PARUTION : OCTOBRE 2011

ARRÊTÉ N° DGA2011/207

Relatif au plan stratégique régional de santé de la région Île-de-France

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE :

VU le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1431-1, L. 1431-2, L. 1432-2, L.1434-1 à L.1434-4, R.1434-1, R.1434-2, R ;

VU l'avis émis par le Préfet de la région Île-de-France en date du 11 août 2011 ;

VU l'avis émis par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie d'Île-de-France en date du 12 juillet 2011 ;

VU l'avis émis par le conseil de surveillance de l'ARS Île-de-France en date du 13 juillet 2011 ;

VU l'avis du conseil régional d'Île-de-France en date du 24 juin 2011 ;

VU l'avis du conseil de Paris, siégeant en formation de conseil général en date du 11 juillet 2011 ;

VU l'avis du conseil général du département de Seine-et-Marne en date du 30 septembre 2011 ;

VU l'avis du conseil général du département de l'Essonne en date du 27 juin 2011 ;

VU la saisine des conseils généraux des départements des Yvelines, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val de Marne et du Val d'Oise en date du 6 juin 2011 ;

VU la saisine des conseils municipaux des communes de la région Ile-de-France en date du 6 juin 2011 ;

CONSIDÉRANT :

Les travaux des conférences de territoires de Paris en date du 24 mai 2011, de Seine-et-Marne en date du 26 mai 2011, des Yvelines en date du 25 mai 2011, de l'Essonne en date du 19 mai 2011, des Hauts-de-Seine en date du 27 mai 2011, de Seine-Saint-Denis en date du 20 mai 2011, du Val de Marne et date du 27 mai 2011 et du Val d'Oise en date du 25 mai 2011 ;

ARRÊTE :

Article 1 : Le plan stratégique régional de santé de l'Ile-de-France est arrêté. Il est consultable et téléchargeable sur le site de l'ARS d'Île-de-France : http://goo.gl/8Fqbp

Article 2 : Un recours contre le présent arrêté peut être formé devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 3 : Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des préfectures des départements de la région Île-de-France.

Fait à Paris le 11 octobre 2011

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, **Claude Évin**

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 12
SYNTHESE 14

PARTIE I

PARTIE I - INTRODUCTION :
LE CONTEXTE DANS LEQUEL NOUS NOUS SITUONS 21

1. LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE
ET LES BOULEVERSEMENTS PROFESSIONNELS
ET STRUCTURELS QU'ELLE ENGAGE 22

2. LES NOUVELLES ATTENTES SOCIALES EN SANTÉ 23

3. LE RISQUE QUE LES CONTRAINTES
LIÉES AU FINANCEMENT FONT PESER
SUR LA SOLIDARITÉ NATIONALE **23**

4. LA NOUVELLE GÉOPOLITIQUE DE LA SANTÉ 23

5. LE CONTEXTE SPÉCIFIQUE DE L'ÎLE-DE-FRANCE 24

PARTIE II

PARTIE II -ELEMENTS D'ANALYSE DIAGNOSTIQUE 25

1. DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION FRANCILIENNE 26

1.1. Une région riche, jeune et en bonne santé 26
1.1.1. Une économie dynamique
1.1.2. Une démographie dynamique
1.1.3. Des indicateurs sanitaires globalement favorables

1.2. Une région fortement inégalitaire 28
1.2.1. Inégalités socio-économiques
1.2.2. Inégalités de santé

1.3. Une région soumise à de nombreux risques 38
1.3.1. Les risques infectieux
1.3.2. Les risques liés à l'eau
1.3.3. Les risques technologiques

2. DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SANTÉ 39

2.1. Démographie des professions de santé :

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE II

les grandes tendances franciliennes 39
2.1.1. Les constats aujourd'hui
2.1.2. Ressources humaines de santé : des enjeux franciliens spécifiques

2.2 L'offre en prévention et en santé publique 43
2.2.1. Prévention et promotion de la santé
2.2.2. Les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire

2.3. L'offre ambulatoire 45
2.3.1. Une offre de soins ambulatoire forte mais contrastée
2.3.2. Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches

2.4. L'offre des établissements de santé 49
2.4.1. Une offre riche et de qualité…
2.4.2. … qui fait face à d'importantes transformations

2.5. L'offre médico-sociale 52
2.5.1. Une offre médico-sociale de qualité mais sous-dotée…
2.5.2. …qui fait face à de nombreux défis

3. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIÈRES 57

PARTIE III

PARTIE III - LES PRINCIPES QUI VONT GUIDER L'ACTION DE L'ARS 59

1. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION POUR RÉDUIRE LES MORBIDITÉS ÉVITABLES 60

2. LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ PASSE PAR UNE MOBILISATION DE TOUS LES ACTEURS 60

3. LA PROTECTION DE LA POPULATION IMPOSE UNE VIGILANCE RENFORCÉE FACE AUX RISQUES SANITAIRES 61

4. LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SANTÉ DOIT ÊTRE RÉELLEMENT SUBORDONNÉE AUX BESOINS 61

5. LA COHÉRENCE DES PARCOURS DE SANTÉ DES USAGERS REQUIERT UNE APPROCHE INTÉGRÉE ENTRE PRÉVENTION, SOIN ET PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE 62

TABLE DES MATIÈRES

6. L'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE ET LA GARANTIE DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE VONT DE PAIR 62

7. LA DÉMOCRATIE SANITAIRE S'APPUIE SUR UNE COLLABORATION EFFECTIVE DES PROFESSIONNELS ET DES PERSONNES CONCERNÉES POUR OBSERVER, INFORMER, ET DÉCIDER 63

8. LA CRÉATIVITÉ DES ACTEURS LOCAUX EST UN LEVIER MAJEUR DU CHANGEMENT 63

PARTIE IV – OBJECTIFS STRATEGIQUES 65

1. ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ 66

1.1. Entrer aux bons endroits dans le parcours de santé 67
1.1.1. Qu'entend-on par le terme « parcours de santé » ?
1.1.2. Structurer l'offre de premier recours
1.1.3. Faire de chaque schéma d'organisation un levier pour renforcer la capacité du premier recours à structurer les parcours de santé
1.1.4. Revaloriser les métiers du premier recours autour de leur vocation à porter les messages de prévention et de santé publique
1.1.5. Favoriser la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge (soins et médico-sociale)

1.2. Avoir la capacité d'entrer au bon moment dans le parcours de santé 69
1.2.1. Renforcer les pratiques cliniques préventives
1.2.2. Renforcer le suivi en routine pour éviter les prises en charge aiguës

1.3. Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins 71
1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé
1.3.2. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits

1.4. Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS 79
1.4.1. Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention
1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne
1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques

1.5. Promouvoir les démarches de contractualisation pour l'organisation des parcours de santé 86

PARTIE IV

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE IV

2. AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 89

2.1. Promouvoir la qualité de l'offre de santé 89
2.1.1. Mobiliser les atouts de la formation initiale des professionnels de santé
2.1.2. Favoriser la qualité des pratiques professionnelles
2.2.2. Améliorer la sécurité des soins
2.2.3. Développer la culture de l'évaluation auprès des professionnels

2.2. Faire de la recherche de l'efficience une culture partagée et un moteur de l'évolution du système de santé 92
2.2.1. Subordonner la structuration de l'offre à l'évolution des besoins
2.2.2. Favoriser une gestion optimisée dans les différents secteurs de l'offre

2.3. Faire de la coopération un mot d'ordre pour la qualité et l'efficience de l'offre de santé 97
2.3.1. Promouvoir la coopération entre établissements
2.3.2. Renforcer les réseaux de santé
2.3.3. Encourager les coopérations entre professionnels de santé
2.3.4. Promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif
2.3.5. Consolider les centres de santé

2.4. Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes 100
2.4.1. Développer la veille sanitaire régionale
2.4.2. Assurer une gestion de crise efficace au niveau régional et territorial

2.5. Développer la recherche et l'innovation en santé 104
2.5.1. Développer la recherche sur les systèmes de santé
2.5.2. Participer à l'animation de la recherche clinique francilienne
2.5.3. Soutenir l'innovation en santé dans la région pour améliorer la performance du système de santé

3. CONDUIRE UNE POLITIQUE DE SANTÉ PARTAGÉE AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DE LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES 107

3.1. Rénover l'approche territoriale de la santé 107
3.1.1. Définir des échelles d'intervention territoriale adaptée aux besoins

3.2. Construire la politique régionale de santé avec l'ensemble des partenaires 108
3.2.1. Assurer avec les collectivités territoriales une collaboration de qualité
3.2.2. Développer un dialogue de qualité avec les professionnels et les usagers
3.2.3. Développer la coordination des politiques publiques
3.2.4. Mobiliser le tissu associatif
3.2.5. Mobiliser l'ensemble des acteurs en région pour évaluer l'impact de leur action en termes de santé
3.2.6. Mieux articuler la politique de santé avec les problématiques d'urbanisme, d'aménagement et d'environnement

TABLE DES MATIÈRES

3.3. Mobiliser la région pour lutter contre les inégalités de santé 112
3.3.1. Un dispositif privilégié pour lutter contre les inégalités de santé : les contrats locaux de santé
3.3.2. Habitat et santé : une interaction à mieux connaître pour mieux la maîtriser

3.4. Faire vivre la démocratie sanitaire 113
3.4.1. Donner leur essor aux instances régionales
3.4.2. Développer les consultations thématiques et le débat public en région
3.4.3. Renforcer la représentation des usagers et les droits collectifs
3.4.4. Répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé

3.5. Se doter des moyens d'approfondissement de l'action conduite par l'Agence 115
3.5.1. Mobiliser les leviers financiers pour adapter l'offre aux besoins
3.5.2. Le CPOM ARS/Etat, un outil pour évaluer les actions de l'ARS
3.5.3. Assurer le suivi du Plan stratégique en s'appuyant sur la veille et la prospective
3.5.4. Assurer le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé

LISTE DES SIGLES 118
NOTES 121
ANNEXES 123

AVANT-PROPOS

Le présent document est le premier étage du Projet régional de santé : le Plan stratégique régional de santé a pour but de définir les grandes orientations de la politique de santé dans notre région. Il s'agit de dire au nom de quoi l'Agence régionale de santé, qui a la responsabilité de piloter l'ensemble des sujets de santé dans la région, veut agir, quels sont les objectifs qu'elle poursuit, comment elle veut répondre aux besoins de santé des Franciliens.

Ce document ne décrit pas l'application opérationnelle de cette politique. Ce sera fait dans un second temps. Le deuxième étage du Projet régional de santé sera décliné sous la forme de trois schémas opérationnels : un schéma organisant les actions de prévention, un schéma organisant l'offre de soins et un schéma organisant l'offre médico-sociale pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La préparation de ces schémas fera à son tour l'objet d'une concertation. Mais avant d'élaborer ces schémas, il est nécessaire que la cohérence d'ensemble des mesures à prendre, des actions à conduire ait été affichée et que le sens de l'action ait été donné.

Le secteur de la santé est confronté à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Et cela ne va pas s'arrêter. On soigne de mieux en mieux des maladies hier incurables. Les techniques médicales sont de plus en plus complexes et les thérapeutiques plus efficaces. On vit de plus en plus vieux. Il faut s'en réjouir. Mais pour relever ces défis, pour continuer d'améliorer le service ainsi rendu à la population, pour en garantir l'efficacité et la qualité, nous devons sans cesse nous adapter et évoluer. L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne pourront être ceux que nous avons connus hier. Le Projet régional de santé a pour but de consolider les actions aujourd'hui pertinentes, de développer des actions nouvelles, de renforcer la prévention, d'adapter l'offre de santé aux changements à venir.

Autant que l'évolution épidémiologique, c'est aussi le maintien de la solidarité nationale pour garantir l'accès aux soins qui impose cette adaptation permanente de notre système. Face au progrès scientifique et technologique toujours plus coûteux, face à des besoins de santé qui aujourd'hui ne sont pas satisfaits, il nous faut rendre l'offre de santé

AVANT-PROPOS

plus efficiente si on ne veut pas trop peser sur la demande et limiter les prises en charge nécessaires. Les recompositions de cette offre n'ont pas pour but de « faire des économies » - l'argent mis chaque année dans la santé ne cesse d'augmenter -, elles s'imposent afin de mieux organiser la dépense pour financer ces innovations ou assurer le développement de services dans des domaines où ils sont encore insuffisants.

Le Projet régional de santé doit définir les actions à conduire dans les cinq prochaines années, mais on ne peut limiter ainsi notre horizon car le mouvement à opérer nécessite de s'inscrire dans le temps et de se projeter à plus long terme. Certains des objectifs de ce plan stratégique ne trouveront sans doute pas de réponses immédiates. Il nous semble pour autant nécessaire d'affirmer ici nos ambitions tout en sachant que l'Agence régionale de santé n'a pas encore aujourd'hui tous les moyens et les outils pour les réaliser.

La région Île-de-France se caractérise par un bon niveau global de santé et d'offre de soins. Pour autant, nous identifions au sein de notre région de nombreuses inégalités sociales et territoriales concernant l'état de santé de la population et concernant l'accès à l'offre de santé, aux soins ou aux services médico-sociaux. La réduction de ces inégalités est pour l'ARS Île-de-France une priorité, même si la réalisation de cet objectif ne peut dépendre de la seule politique de santé. C'est avec l'ensemble des partenaires concernés que l'Agence souhaite agir dans ce sens.

C'est avec ce souci qu'elle souhaite conduire des politiques territoriales ciblées à travers diverses interventions notamment contractuelles. C'est en effet au plus près des populations concernées que l'on pourra mieux adapter les actions aux besoins. La prise en charge des patients au long cours, qu'ils soient atteints de maladies chroniques ou qu'il s'agisse de personnes âgées ou handicapées, nécessite que soit organisé un parcours de santé alliant prévention et organisation des soins. C'est une démarche nouvelle que l'ARS Île-de-France ambitionne de mettre en œuvre, une démarche cohérente de transversalité dépassant les cloisonnements « en silos », une démarche qui change les organisations existantes en développant avec elles une responsabilité vis-à-vis des populations.

Pour réduire ces inégalités de santé et d'offre de soins, pour garantir la qualité du service rendu à la population, pour accompagner l'évolution de notre système régional de santé afin de garantir son efficience, le présent document établit un diagnostic, affirme des principes et décrit des objectifs d'action.

Ce plan stratégique a été soumis à l'appréciation des différents acteurs de la santé dans notre région et d'une manière plus générale à la discussion publique. Il doit permettre de donner du sens à la politique que souhaite conduire l'Agence régionale de santé au service de la santé de la population francilienne.

CLAUDE ÉVIN
Directeur général

SYNTHÈSE

NOUS NOUS SITUONS DANS UN CONTEXTE GÉNÉRAL QUI IMPACTE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.

Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé.

Tout d'abord, l'augmentation importante des **maladies chroniques** (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) et du **vieillissement de la population**. Cette évolution nécessite des prises en charge beaucoup plus complexes que lorsqu'il s'agit de répondre à une demande de soins aigus. Nous devons organiser des continuums de services spécialisés, de la prévention à la prise en charge sous différentes formes. Ces services doivent s'inscrire dans la durée et faire appel à des équipes pluridisciplinaires. La pratique clinique actuelle qui accroît la spécialisation nécessite davantage de coopération et de coordination entre les acteurs.

Ces prises en charge sont de plus en plus coûteuses. L'innovation médicale est la principale cause de l'augmentation des dépenses de santé. Dans un contexte de crise économique, le **maintien de la solidarité nationale** pour financer l'accès aux soins nécessite aussi des adaptations permanentes de l'offre de soin.

La place des **usagers** dans le système de santé est profondément modifiée. Au-delà du respect du droit des malades et de la vie des instances régionales de démocratie sanitaire, de plus en plus de patients veulent être **acteurs de leur propre santé**.

La santé s'inscrit dans le mouvement de **mondialisation**. C'est particulièrement le cas de notre région, porte d'entrée privilégiée de flux internationaux.

LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE PRÉSENTE DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES.

Nous avons la chance de vivre dans une région globalement plus riche et plus jeune que les autres régions françaises. Les indicateurs de santé sont aussi globalement meilleurs. Mais en fait nous vivons dans une région fortement inégalitaire. L'Île-de-France se caractérise par l'existence de populations qui sont 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. Tous ces déterminants sociaux ou économiques ont un impact négatif sur la santé.

C'est ainsi que, si la durée moyenne de vie en Île-de-France est supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain, on vit en moyenne deux années de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale. En ce qui concerne l'obésité et le surpoids, les enfants sont plus touchés dans notre région. La surmortalité des femmes par cancer y est plus importante et la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne révèlent une surmortalité tous cancers hommes et femmes confondus par rapport à la moyenne régionale. Près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH chaque année se concentre en Île-de-France, qui est de plus la région métropolitaine la plus touchée par la tuberculose.

Nous bénéficions d'une offre de soins particulièrement bonne. La densité médicale et paramédicale (sauf pour les infirmières) est globalement élevée. Mais nous constatons une **très forte disparité entre les territoires**. Tous modes d'exercice confondus, la densité varie de 116 médecins pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne à 530 à Paris. Cette densité élevée de médecins dans certains quartiers parisiens ne garantit pas toujours l'accessibilité des soins.

L'offre hospitalière francilienne est elle aussi très dense. Elle est diversifiée et permet de fournir les prestations les plus spécialisées. Les services les plus courants de médecine, chirurgie et obstétrique, sont globalement situés au plus près de la population puisque le temps médian pour accéder à ces services est de 15 minutes alors qu'il est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises. Mais l'offre hospitalière reste concentrée au cœur de la région alors que des pôles importants de population sont appelés à se développer à la périphérie dans le cadre du Grand Paris.

Enfin, l'offre médico-sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées est au contraire insuffisante au centre de la région, conduisant les familles à rechercher des solutions dans les départements limitrophes, voire à l'extérieur de l'Île-de-France.

L'ARS ÎLE-DE-FRANCE VEUT FONDER SON ACTION SUR DES PRINCIPES.

Pour répondre aux besoins de santé des Franciliens, l'Agence régionale de santé souhaite se doter de principes qui doivent guider son action. Le premier de ces principes est l'affirmation d'un attachement à organiser sur tout le territoire régional une bonne répartition des missions de **service public** pour assurer la solidarité et l'égalité.

Les caractéristiques de la santé des Franciliens requièrent par ailleurs que soient prises en compte des exigences particulières. C'est ainsi que, face à l'augmentation des maladies chroniques, nous devons absolument investir dans **la prévention et la promotion de la santé**. Notre système de santé s'est essentiellement développé autour du soin (en Île-de-France, les dépenses spécifiques de prévention représentent à peine 1 % de l'ensemble des dépenses de santé) alors que notre

SYNTHÈSE

premier objectif doit être de tout faire pour éviter qu'apparaisse la maladie.

C'est donc un parcours de santé que nous devons organiser permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre les différents professionnels et institutions. Nous devons notamment chercher à éviter les hospitalisations inutiles grâce à une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

C'est, en effet, **à partir des besoins de la population** que nous voulons organiser l'offre de santé. Comme nous l'avons déjà souligné, les besoins de santé ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire régional. Les actions prioritaires à conduire doivent être définies en fonction des situations territoriales et populationnelles.

L'ARS Île-de-France ne parviendra cependant pas seule à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé tant il est établi que les déterminants sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. Ces déterminants appellent donc une mobilisation de tous les acteurs en région. Pour cela, l'ARS souhaite jouer le rôle de chef d'orchestre et **mettre la santé dans toutes les politiques en région.**

L'amélioration de l'efficience du système de santé, c'est-à-dire la recherche permanente d'une meilleure adaptation de la dépense aux besoins, va de pair avec l'amélioration de la qualité du service rendu. Mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge. Le coût de la non-qualité dans l'organisation des services ou des prestations est préjudiciable aussi bien pour les établissements ou les professionnels qui y exercent que pour les usagers qui y ont recours.

La protection de la population face aux risques environnementaux sur la santé fait aussi partie des préoccupations de l'ARS, de même que la protection face aux risques iatrogènes. La mise en œuvre du principe de précaution passe d'abord par un renforcement des contrôles et de la gestion des alertes face à toute situation susceptible de mettre en cause la santé des Franciliens.

L'implication de plus en plus forte des usagers, des élus, des professionnels et des représentants de divers organismes dans les instances de concertation régionale sur les politiques de santé traduit l'importance de la démocratie sanitaire. Mais pour que cette démocratie soit effective, il est nécessaire que l'ensemble de ces acteurs disposent d'informations transparentes sur le système régional de santé et que ces informations s'appuient sur des observations dûment étayées.

Enfin, face à un environnement en pleine mutation, l'Agence régionale de santé doit tout à la fois sécuriser les professionnels de santé et soutenir leurs capacités d'innovation sur le terrain. C'est en effet par la créativité et l'expérimentation que nous trouverons des réponses adaptées aux différents besoins dans la région ; l'évaluation des pratiques et la recherche sur des formes diverses d'organisation devant être réalisées en lien avec des institutions de recherche.

POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA RÉGION, L'ARS SE FIXE DES OBJECTIFS D'ACTION.

L'action de l'Agence doit pouvoir s'organiser autour de trois objectifs :

- garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ;
- garantir la qualité et l'efficience du système de santé dans la région ;
- conduire cette politique avec tous les acteurs au plus près des territoires.

Si, comme nous l'avons déjà relevé, l'offre de santé en Île-de-France est d'une particulière richesse, des marges de progression demeurent pour garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé. Nous souhaitons pour cela tout d'abord que chaque Francilien puisse entrer au bon moment et au bon endroit dans son parcours de santé.

SYNTHÈSE

Entrer au bon moment, c'est avoir la garantie d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie. Pour cela nous voulons développer la vaccination (tuberculose, rougeole), améliorer le dépistage organisé du cancer du sein et du côlon, ainsi que le dépistage du VIH. Dans le champ du handicap, le repérage des troubles dès la petite enfance permet des progrès plus importants. Entrer au bon moment dans le parcours de santé, c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise, c'est réduire le nombre d'hospitalisations évitables notamment dans la prise en charge du diabète, de l'asthme et de l'insuffisance cardiaque.

Entrer au bon endroit, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins. La présence de médecins généralistes ainsi que d'autres professions paramédicales, nécessaires à un suivi régulier de la population ou au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées ou des malades chroniques, doit pour cela être organisée sur l'ensemble de la région et accessible à un tarif opposable. Pour pallier les carences dans certains territoires, l'aide à l'installation de professionnels libéraux ou la présence de centres de santé doivent garantir cette proximité. Les soins non programmés nécessitent que la permanence des soins aussi bien ambulatoires qu'au sein des établissements de santé soit organisée de manière cohérente afin d'éviter d'avoir recours inutilement aux urgences.

Les soins programmés les plus spécialisés dispensés en hospitalisation complète ne nécessitent pas par contre cette proximité. Ils doivent être assurés dans un environnement de technicité permettant de disposer d'équipes ayant une taille critique et un volume d'activité qui garantisse la bonne utilisation d'équipements performants. La réorganisation de l'offre hospitalière francilienne doit par ailleurs permettre de garantir un équilibre entre le centre de la région et sa périphérie.

Quant aux établissements médico-sociaux, ils doivent eux aussi être mieux répartis sur le territoire régional et garantir aux personnes âgées une accessibilité financière compatible avec le niveau moyen des retraites ; les personnes handicapées devant, dans la mesure du possible, bénéficier de dispositifs de droit commun.

Bénéficier d'un parcours de santé sécurisé, c'est être assuré que les différents moments et lieux de l'intervention sont bien en cohérence, que chaque étape du parcours de la personne soit bien articulée, de la prévention aux soins, de la ville à l'hôpital puis au service de soins de suite et de réadaptation, si nécessaire et jusqu'au retour à domicile. Le développement de filières et la mise en œuvre de réseaux de soins répondent à cet objectif.

Des populations particulières doivent bénéficier en priorité d'un parcours de santé organisé, coordonné et adapté ; soit parce que l'action auprès d'elles est déterminante pour l'avenir (la petite enfance, les jeunes), soit que leur prise en charge s'inscrit souvent dans la durée (malades chroniques, personnes souffrant de troubles mentaux) ou parce qu'elles sont plus fragiles (populations en grande précarité, personnes âgées, personnes handicapées).

L'objectif de l'ARS est d'organiser, au plus près des besoins des populations sur leur territoire de vie, une réponse cohérente et adaptée, un parcours de santé structuré et fluide. Cette ambition sera le fil conducteur transversal des schémas d'organisation régionaux. Pour traduire cette ambition, la méthode de l'ARS repose en tout premier lieu sur la valorisation des professionnels engagés localement, et sur le dialogue avec les offreurs de santé sur le terrain. Alors que l'Agence dispose d'ores et déjà de leviers sectoriels auprès de chaque type d'offreurs au travers de ses différents outils contractuels (CPOM avec les établissements, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins…), l'objectif est créer une réelle convergence entre ces différents outils autour d'objectifs partagés et de synergies nouvelles, au sein d'espaces de contractualisation dédiés à l'organisation des parcours de santé. Il revient donc à l'ARS d'impulser une mobilisation pour faire émerger et accompagner des initiatives territoriales innovantes de prises en charge intégrées.

SYNTHÈSE

NOUS VOULONS GARANTIR LA PÉRENNITÉ D'UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ.

Pour cela il nous faut faire évoluer l'organisation de l'offre de santé et améliorer son efficience.

L'organisation d'un parcours de santé ne s'accommode pas d'une organisation cloisonnée en tuyaux d'orgue. La coopération entre professionnels de santé, le développement de nouveaux modes d'exercice collectif rassemblant divers professionnels, les rapprochements entre établissements de santé - que ces rapprochements se fassent entre établissements publics ou entre établissements publics et privés - sont autant de démarches nécessaires pour garantir la présence d'une offre de soins sur l'ensemble des territoires et pour sécuriser la prise en charge des patients.

La qualité passe aussi par la promotion des bonnes pratiques professionnelles que l'ARS souhaite développer aussi bien avec les professionnels en ville que dans les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux dans lesquels la culture de l'évaluation doit être un levier de l'amélioration de la qualité.

La recherche d'efficience passe par des actions d'optimisation des modes d'organisation existants : mutualisation des fonctions support dans les établissements, fluidification des fonctions logistiques, lutte contre les facteurs de non-qualité. La réduction des déficits des établissements publics de santé répond à cet objectif tant on sait qu'un établissement déficitaire ne peut se projeter dans l'avenir et développer ses activités.

Pour garantir la pérennité du système, nous devons sans cesse en améliorer l'efficience. Cela se traduit par une ambition plus large de réorganisation et de restructuration de l'offre de santé. Il s'agit d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale ; c'est par exemple le cas des prises en charge ambulatoires. Une telle démarche est inséparable d'une revalorisation indispensable de l'offre de prévention, de même qu'elle s'impose pour satisfaire des besoins non couverts.

Pour la réalisation de ces objectifs, l'ARS souhaite développer une ingénierie de services en appui aux offreurs de santé et aux usagers. La création d'un espace numérique régional de santé doit permettre de développer un espace de services dématérialisés afin de permettre des échanges de données, faciliter la coopération entre les professionnels, organiser une gestion optimisée des finances publiques et informer les usagers. Le développement de la télésanté est un bon exemple où l'Île-de-France manifeste un réel dynamisme. La gouvernance des systèmes d'information de santé doit quant à elle être rénovée.

NOUS VOULONS CONDUIRE LA POLITIQUE DE SANTÉ DANS LA RÉGION AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DES TERRITOIRES.

La création des ARS modifie en profondeur le paysage institutionnel de la santé en région. L'organisation rénovée de la coopération de l'ARS avec l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels, institutions mais aussi usagers, est un levier important pour conduire l'ambition réformatrice dont l'ARS est l'incarnation.

La politique de santé doit être partagée avec l'ensemble des acteurs du champ et les mobiliser au service de la santé des populations autour de projets et d'outils adaptés à la réalité des territoires. C'est pourquoi la promotion d'un dialogue de qualité avec l'ensemble de ses partenaires est un préalable incontournable pour l'ARS, qui voit dans l'implication et la mobilisation de tous les acteurs autour des différentes déclinaisons de son plan stratégique la meilleure garantie de sa mise en œuvre effective dans toute la région et dans chaque territoire.

SYNTHÈSE

La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, et enfin l'échelle de la proximité où se joue la structuration des parcours de santé. La rénovation de l'approche territoriale de la santé, autour notamment de l'engagement des 8 délégations territoriales, est un axe stratégique majeur pour l'ARS Île-de-France.

L'ARS n'est pas, loin s'en faut, la seule des institutions dont l'action a un impact sur l'état de santé de la population et sur l'offre de services dans la région. La santé au travail, la santé scolaire, la PMI par exemple dépendent d'autres acteurs que l'Agence a mission de coordonner notamment dans le domaine de la prévention. La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées est aussi de la responsabilité des départements avec lesquels l'ARS se doit d'établir des partenariats.

La démocratie sanitaire s'exprime à travers la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et des Conférences de Territoire. Nous ne souhaitons pas limiter cette expression démocratique à ce seul fonctionnement institutionnel. Des consultations thématiques ou l'organisation de débats publics doivent pouvoir venir enrichir cette démarche. De même que des outils d'information doivent permettre aux usagers de mieux se repérer dans le système de santé.

L'objectif de réduction des inégalités de santé, l'organisation de parcours de santé, le renforcement de la sécurité sanitaire, la transversalité de la prise en charge ne peuvent se mettre en œuvre que si nous avons une démarche adaptée à chaque territoire. L'ARS souhaite pour mettre en œuvre cette politique développer des leviers d'action permettant de mobiliser tous les acteurs. Les contrats locaux de santé avec certaines collectivités locales doivent permettre d'adapter la politique de l'Agence et celle de la collectivité aux besoins spécifiques des populations les moins favorisées.

L'ARS elle-même n'échappe pas à une évolution que sa création a déjà nécessitée en regroupant les services de l'État et de l'Assurance Maladie et en organisant une démarche régionale plus cohérente. Ses décisions doivent être soumises à des critères d'évaluation transparents et accessibles. Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qu'elle a signé avec ses ministres de tutelle comprend des indicateurs d'objectifs permettant d'évaluer son action. Enfin, ses métiers et ses compétences doivent toujours mieux répondre à l'attente des acteurs de santé pour les accompagner dans leurs transformations au service de toute la population de notre région.

PARTIE I

INTRODUCTION

Le contexte dans lequel nous nous situons

PARTIE I - INTRODUCTION
LE CONTEXTE DANS LEQUEL NOUS NOUS SITUONS

INTRODUCTION : LE CONTEXTE DANS LEQUEL NOUS NOUS SITUONS

Premier volet du Projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé détermine le sens de l'action de l'Agence et structure la façon dont elle aborde l'organisation de la politique de santé en région. Cette vision s'élabore en premier lieu sur la base d'une appréciation des éléments de contexte qui s'imposent et façonnent l'horizon du secteur de la santé.

Le secteur de la santé sera confronté dans les prochaines décennies à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé : les évolutions démographiques et épidémiologiques, les transformations sociales et l'évolution des représentations, et enfin les enjeux de financement. A ces tendances s'ajoutent les éléments de contexte propres à la région Île-de-France.

1. LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES BOULEVERSEMENTS PROFESSIONNELS ET STRUCTURELS QU'ELLE ENGAGE

La transition épidémiologique se caractérise par une prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les progrès technique et thérapeutique qui constituent autant de défis majeurs et qui appellent des évolutions profondes dans l'organisation du système de santé et la pratique des professionnels de santé. On ne peut plus aborder les sujets comme hier, en silos, et les cloisonnements sur lesquels le système de santé s'est historiquement construit ne permettent plus de répondre aux besoins de santé des populations.

La CNAMTS évalue à 12 millions le nombre d'assurés sociaux qui seront pris en charge pour une affection de longue durée en 2015, et le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter en moyenne de 50 % en France entre 2000 et 2040 selon l'INSEE. Or la prise en charge de la chronicité nécessite de mobiliser des moyens spécifiques pour lesquels notre système de santé, structuré autour de son ambition curative, n'est pas aujourd'hui encore organisé de façon optimale. Les exigences spécifiques de la prise en charge des maladies chroniques appellent des bouleversements profonds : intégration, travail en équipe et en réseau, coopération, coordination et structuration des complémentarités entre professionnels, accompagnement et éducation du patient, liens étroits entre prise en charge sanitaire et accompagnement social, utilisation des nouvelles technologies… ; les évolutions structurelles requises pour permettre au système de santé de mieux répondre aux défis de demain en matière de maladies chroniques sont au cœur des missions de l'ARS.

De même, alors que les projections prévoient un déficit démographique des professionnels de santé à moyen terme, le progrès technique et thérapeutique a à l'évidence changé la pratique clinique quotidienne et, par là même, la perception que les professionnels de santé ont de leur métier. Tout en augmentant l'efficacité des traitements prodigués, le progrès thérapeutique renforce le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives du soin. Il affecte la pratique clinique en accroissant la spécialisation, en nécessitant d'avantage de coordination, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en requérant une vraie intégration de la prévention dans la prise en charge globale du patient. La qualité technique du soin fait en outre l'objet d'attentes fortes des patients, tout en induisant aussi une certaine tension avec leur demande d'écoute et de qualité humaine des prises en charge.

Face aux évolutions qui s'amorcent pour accompagner la transition épidémiologique que nous connaissons, nous manquons parfois de visibilité, de repères. L'incertitude qu'engendre ce contexte de changements profonds requiert des capacités de souplesse et d'adaptation, de réactivité.

2. LES NOUVELLES ATTENTES SOCIALES EN SANTÉ

La reconnaissance de la place des usagers dans le système de santé, consacrée par les lois du 2 janvier et du 4 mars 2002, a marqué une évolution culturelle profonde en érigeant le citoyen comme acteur à part entière de sa santé. Au-delà du respect des droits des patients et de la vie des instances régionales de démocratie sanitaire, la place des usagers dans le système de santé est aujourd'hui profondément modifiée par l'accès à l'information (information médicale, information sur la qualité des soins) et l'émergence d'attentes sociales de plus en plus fortes en matière de qualité et de sécurité. Les attentes des usagers sont relayées par leurs représentants, les collectivités territoriales exerçant des compétences qui nécessitent une articulation forte avec celles de l'ARS.

Les baromètres d'opinion disponibles soulignent le niveau élevé d'attente des usagers, tant pour disposer d'informations sur l'organisation du système de santé ou la nature et la qualité des soins offerts, que pour bénéficier de garanties sur la coordination et la sécurisation des parcours de santé. Ces exigences citoyennes, croissantes dans le domaine de la sécurité sanitaire, placent les pouvoirs publics devant une obligation de résultat en matière de réactivité et de qualité de l'expertise.

3. LE RISQUE QUE LES CONTRAINTES LIÉES AU FINANCEMENT FONT PESER SUR LA SOLIDARITÉ NATIONALE

La France occupe, parmi les pays de l'OCDE, le second rang quant au niveau de dépenses consacrées à la santé en proportion du PIB. Depuis 1945, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse constante des dépenses collectives de santé qui, sans pouvoir être déplorée pour elle-même, justifie néanmoins aujourd'hui la préoccupation des pouvoirs publics et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. En outre, les évolutions repérables aujourd'hui aux plans démographique et épidémiologique pourront engendrer une modification importante des équilibres actuels de la solidarité.

En dix ans, la contrainte qui pèse sur les ressources allouées à la santé est devenue une réalité qui s'impose à l'ensemble des parties prenantes, en particulier aux professionnels de santé ; une contrainte qui pèse sur les ressources financières d'abord, avec un taux d'évolution de l'ONDAM à son plus bas niveau depuis 1999, et qui pèse sur les ressources humaines ensuite, posant d'un point de vue général la question de l'adaptation quantitative et qualitative à court terme de la force de travail, premier actif du système, et de façon plus spécifique mais de moins en moins marginale, du décalage entre les aspirations des professionnels et la réalité de leurs pratiques.

Pour préserver et garantir la pérennité de notre système de protection sociale fondé sur la solidarité collective, chacun s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'accroître l'efficience des dépenses.

La création des ARS répond à la volonté de rassembler sous une même logique l'amélioration de l'état de santé des populations et l'amélioration de l'efficience des dépenses de santé. Ces deux exigences, volontiers perçues hier comme contradictoires, paraîtront demain de plus en plus convergentes. L'ARS a vocation à accompagner la diffusion d'une culture de l'efficience qui contribue à augmenter conjointement la performance du système de santé, la qualité du service qu'il rend, et la pérennité de son financement solidaire.

4. LA NOUVELLE GÉOPOLITIQUE DE LA SANTÉ

Le secteur de la santé s'inscrit dans le mouvement de la mondialisation. Cela se vérifie en tout premier lieu à travers la circulation des maladies transmissibles, les épisodes épidémiques récents du SRAS ou de la grippe témoignant de cette nouvelle géopolitique de la santé appelant une coordination mondiale renforcée de la gestion des

risques. Or la région Île-de-France, porte d'entrée privilégiée des flux internationaux dans notre pays, a un devoir tout particulier de se saisir de ces enjeux. La gouvernance mondiale de la santé concerne également des enjeux de gestion des flux de personnes : migrations des professionnels de santé d'abord, entre pays émergents et occident, mais aussi flux du tourisme médical des patients, qu'il s'agisse de patients aisés des pays émergents recherchant sous nos latitudes une offre de qualité, ou bien de patients occidentaux fuyant dans les pays émergents les tarifs, les délais ou les contraintes des soins offerts ici. Ces enjeux de mondialisation dessinent pour le secteur de la santé dans son ensemble des enjeux nouveaux qu'il convient d'anticiper.

L'exceptionnel niveau de l'offre de santé francilienne, son attractivité très forte au plan national et au plan international, requièrent d'analyser de façon prospective les enjeux que la mondialisation engendrera pour la région. L'attractivité de la région et notamment des établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris pour l'accueil de patients et de pathologies exigeant des prises en charge de pointe, l'accueil d'étudiants et de chercheurs dans les centres franciliens d'excellence, le développement du tourisme médical à l'échelle européenne à l'heure de la nouvelle directive sur les soins transfrontaliers, l'essor enfin de la télémédecine et les opportunités qu'elle peut ouvrir pour le rayonnement de l'Île-de-France : ces enjeux porteurs d'avenir placent la réflexion sur l'offre de santé francilienne dans une perspective particulière et stimulante. Des orientations doivent être définies qui précisent la place et les missions d'un « pôle santé Francilien » à objectifs national et international, de façon à bénéficier aux patients franciliens et non franciliens mais aussi au système de santé d'Île-de-France.

5. LE CONTEXTE SPÉCIFIQUE DE L'ÎLE-DE-FRANCE

Le contexte francilien est fortement influencé par ces tendances générales, auxquelles s'ajoutent certaines spécificités régionales. Globalement plus favorisée que d'autres régions pour la plupart des indicateurs de santé, la population francilienne fait cependant face à des difficultés spécifiques : la mortalité infantile, la mortalité des femmes par cancer, la prévalence des pathologies infectieuses sont notamment plus défavorables en Île-de-France. Les atouts dont bénéficie la région ne profitent pas équitablement à tous les Franciliens : de nombreux problèmes de santé sont nettement stratifiés socialement ou inégalement répartis sur le territoire régional. Face à ces enjeux, l'offre de santé francilienne est, il est vrai, d'une particulière richesse ; mais ces atouts demandent à être préservés et le service rendu pas le système de santé appelle des améliorations, notamment de façon à mieux bénéficier à chaque habitant de la région. Abondante mais complexe et souvent déséquilibrée, l'offre de santé francilienne impose également des gains en termes d'efficience.

La région concentre certaines spécificités liées à son statut de région capitale. Zone de recours national en matière d'offre de soins et de réflexions sur les politiques de santé, zone d'échanges internationaux, territoire de migrations, elle se trouve confrontée du fait de son statut particulier à des enjeux spécifiques. La montée en puissance des mobilités de toutes natures qui caractérisent la métropole francilienne engendre des évolutions que le projet de Grand Paris a vocation à accompagner. Riche et dynamique, la région est aussi tout particulièrement exposée aux difficultés qui touchent les populations en temps de crise économique : poches de pauvreté, de précarité, travailleurs pauvres, familles monoparentales fragiles au plan économique,difficultés d'accès au logement des classes moyennes et spécialisation croissante des territoires avec son cortège d'enjeux liés aux transports... la vulnérabilité croissante de segments importants de la population caractérisera avec prégnance la période qui s'ouvre pour la région.

PARTIE II

Élements d'analyse diagnostique

PARTIE II
ÉLÉMENTS D'ANALYSE DIAGNOSTIQUE

1. DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION FRANCILIENNE[1]

L'état de santé global de la population francilienne est meilleur que celui de la population française dans son ensemble, que ce soit du point de vue de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité prématurée ou de la mortalité pour les deux premières causes de décès en France, cancers et maladies cardiovasculaires. Pour autant, certains indicateurs de santé placent la région dans une situation préoccupante au regard des moyennes nationales : c'est le cas notamment de la mortalité infantile, de la mortalité féminine par cancers et de la prévalence des pathologies infectieuses. Surtout, l'analyse de l'état de santé de la population francilienne révèle que les atouts importants dont la région est dotée ne bénéficient pas à la population dans son ensemble et que l'état de santé de la population est marqué par de très fortes inégalités sociales et territoriales.

1.1. UNE RÉGION RICHE, JEUNE ET EN BONNE SANTÉ

Région capitale, la région Île-de-France possède à tous égards des caractéristiques atypiques au regard des autres régions du pays. Cette situation unique se retrouve au plan sanitaire. Sa population, que l'on peut globalement qualifier de plus jeune et de plus riche, bénéficie bien souvent d'indicateurs de santé plus favorables que la population des autres régions françaises. Avant d'identifier les besoins et les défis spécifiques auxquels l'ARS aura à répondre pour promouvoir la santé de la population francilienne, le constat ne saurait donc faire fi d'un point de départ positif : l'Île-de-France est une région favorisée.

1.1.1. Une économie dynamique

En 2006, L'Île-de-France a produit près de **29 % de la richesse nationale** alors que sa population représente 19 % environ de la population française. Le PIB/habitant (plus de 44 000 € en 2006) est le plus élevé de toutes les régions et dépasse de plus de 50 % celui de la France métropolitaine. De même, l'Île-de-France se distingue par **un revenu moyen nettement supérieur au reste de la France**, avec un revenu fiscal moyen par unité de consommation (UC)[2] de 15 % supérieur.

Avec plus de 800 000 entreprises, l'Île-de-France constitue **le premier bassin d'emplois européen**. Les particularités économiques de la région, avec un secteur tertiaire particulièrement développé et une concentration des sièges sociaux notamment, conduisent à une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures.

1.1.2. Une démographie dynamique

Avec près de 12 millions d'habitants en 2009, répartis sur un territoire de 12 000 km^2, l'Île-de-France regroupe environ 19 % de la population métropolitaine. La densité de la population francilienne est très largement supérieure à celle des autres régions françaises et s'établit à près de 980 habitants au km^2 contre 115 pour la France entière. Après avoir longtemps progressé, le poids relatif de la population d'Île-de-France est aujourd'hui stabilisé.

L'Île-de-France est une région jeune : elle occupe le premier rang des régions de France métropolitaine pour la part des moins de 3 ans dans la population estimée en 2008 (4,3 %, contre 3,7 % en moyenne), et le deuxième rang pour la part des moins de 25 ans (33 %, contre 31 % en moyenne)[3]. De fait, l'Île-de-France occupe le premier rang de France métropolitaine pour le taux brut de natalité, qui était de 15,4 pour 1 000 naissances en 2007, contre 12,7 en moyenne.

1.1.3. Des indicateurs sanitaires globalement favorables

Que ce soit en termes d'espérance de vie, de morbidité, de mortalité ou de mortalité prématurée, l'Île-de-France présente des indicateurs plus favorables que le reste de la France.

Mortalité et espérance de vie. Avec une espérance

de vie à la naissance qui atteint 79 ans chez les hommes et 84,9 ans chez les femmes en 2007, l'Île-de-France se caractérise par une durée de vie moyenne significativement supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain (77,5 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes). L'espérance de vie masculine moyenne est la plus élevée de l'ensemble des régions françaises et l'espérance de vie féminine arrive en quatrième position. L'espérance de vie à soixante ans est également plus favorable en Île-de-France que dans le reste du pays (22,6 ans pour les Franciliens et 27,1 ans pour les Franciliennes, contre 21,8 ans chez les hommes et 26,6 ans chez les femmes pour l'ensemble du territoire).

Corollaire de l'espérance de vie à la naissance, supérieure à la moyenne nationale, la mortalité francilienne est inférieure de manière significative à celle de la France ; en 2005-2007, toutes causes de mortalité confondues, l'Île-de-France se trouve en sous-mortalité par rapport aux données nationales, pour les deux sexes et à chaque âge de la vie, hormis la petite enfance.

Mortalité prématurée. En 25 ans, la mortalité prématurée a diminué d'environ 30 % pour les hommes comme pour les femmes, en France comme en Île-de-France. Pour la période 2005-2007, le taux standardisé de mortalité prématurée s'établit, en Île-de-France, à 236,6 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et à 118,6 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. A l'échelle de la métropole, ces taux sont de 273,8 décès pour 100 000 hommes et 122,7 décès pour 100 000 femmes. Si la situation de l'Île-de-France est donc sensiblement équivalente à celle de la France en ce qui concerne les femmes, elle est en revanche nettement favorable en ce qui concerne les hommes.

Cette situation favorable se vérifie même en ce qui concerne la **part des décès considérés comme évitables** au sein de la mortalité prématurée : si 32 % des décès prématurés en Île-de-France restent évitables chez les hommes et 20 % chez les femmes, cela reste **plus favorable que les chiffres nationaux** (respectivement 38 % et 24 % sur l'ensemble de la métropole). Chez les hommes, les cancers du poumon, les suicides, l'alcoolisme (psychose et cirrhose alcoolique), les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les infarctus et les accidents de la circulation sont les causes les plus fréquentes de mortalité prématurée. Chez les femmes, le cancer du sein devance les cancers du poumon, les suicides, l'alcoolisme et les accidents de circulation.

Causes de décès. Avec des spécificités régionales, en particulier liées aux pathologies infectieuses, notamment l'infection par le VIH/sida, qui frappent de façon particulière l'Île-de-France, le poids des causes de décès varie selon le sexe et l'âge. De façon simplifiée, les morts violentes et accidentelles constituent la première cause de décès chez les Franciliens de moins de 35 ans, notamment chez les hommes. Les cancers, relativement rares avant 40 ans, progressent ensuite très fortement avec l'âge et constituent la première cause de décès, devant les maladies de l'appareil circulatoire, dans la tranche d'âge 35-84 ans des deux sexes. Chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès, notamment chez les femmes.

Désormais première cause de mortalité en France, les cancers ont causé 22 369 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007 (12 600 hommes et 9 769 femmes) en Île-de-France, ce qui représente 36 % des décès chez les hommes et 28 % des décès chez les femmes. Malgré l'importance de ces chiffres, la situation francilienne est légèrement plus favorable que celle de la France métropolitaine. L'Île-de-France connaît une évolution favorable de la mortalité par cancers, notamment chez les hommes, pour qui le taux standardisé de mortalité par cancers a connu une diminution de 25 % en 15 ans, supérieure à celle constatée en métropole (- 19 %). Chez les femmes, la baisse de la mortalité est moins marquée puisqu'elle atteint environ 17 % en Île-de-France (16 % au niveau de la métropole), le poids de la mortalité des femmes par cancer du sein et du poumon étant particulièrement marqué dans la région.

L'Île-de-France se distingue de même par une sous-mortalité par maladies cardiovasculaires pour les deux sexes (145,1 décès pour 100 000 hommes et 84,8 pour 100 000 femmes contre, respectivement, 177 et 103,1 au niveau de la métropole en 2005-2007). Les accidents vasculaires cérébraux, par exemple, entraînent, à population comparable, une mortalité régionale inférieure d'environ 20 % à la mortalité métropolitaine. A défaut d'explications relatives aux comportements alimentaires, défavorables à l'Île-de-France et causes d'une sur-morbidité régionale pour cette pathologie (ALD),

cette situation est attribuée à une prise en charge médicale régionale plus efficace, liée directement à la qualité de l'offre de soins.

Si la région présente globalement des indicateurs particulièrement favorables, l'analyse révèle que tous les Franciliens ne bénéficient pas de cette situation favorisée de façon équitable.

La région se caractérise par des inégalités très marquées, au plan économique et social comme au plan sanitaire. Certains indicateurs de santé présentent des disparités territoriales ou des stratifications sociales extrêmement fortes, au point de tirer la moyenne régionale sous la moyenne nationale pour certains enjeux de santé, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile, la mortalité féminine par cancers et les pathologies infectieuses.

1.2. UNE RÉGION FORTEMENT INÉGALITAIRE

Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation[4]. Or cette problématique nationale trouve dans la région Île-de-France l'une de ses expressions les plus nettes.

La caractéristique la plus préoccupante du paysage sanitaire francilien tient à l'importance des disparités de santé sur le territoire. On retrouve ainsi des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celle observée à l'échelle nationale. Ces disparités s'organisent pour de nombreux indicateurs (espérance de vie, mortalité prématurée…) selon une ligne Nord-ouest/Sud-est, ligne de part et d'autre de laquelle la situation sanitaire est globalement favorisée dans la moitié Sud et défavorisée au Nord. Or cette ligne de partage recouvre peu ou prou l'existence de fortes disparités économiques et sociales entre territoires franciliens. Les fortes inégalités de conditions sociales qui caractérisent la région se traduisent ainsi par des inégalités de santé, que l'on qualifie donc de « sociales » parce qu'elles sont corrélées à des déterminants sociaux, et que l'on qualifie de « territoriales » parce qu'elles s'ancrent dans des disparités entre territoires.

Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. De fait, aujourd'hui, la montée de la pauvreté laborieuse et la proportion croissante de ménages franciliens qui sont en situation d'insécurité économique et professionnelle en raison de la crise économique signalent que les inégalités socio-économiques ne peuvent s'analyser en opposant exclus et inclus, pauvres et riches, actifs et inactifs.

1.2.1. Inégalités socio-économiques

L'Île-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises. Certaines populations connaissent des situations particulièrement défavorables au regard d'indicateurs dont on sait qu'ils déterminent de façon négative l'état de santé. L'Île-de-France se caractérise ainsi par l'existence de populations qui sont 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, expositions environnementales au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination… de nombreux déterminants sociaux ou économiques dont l'impact négatif sur la santé est reconnu connaissent en Île-de-France des prévalences particulièrement problématiques.

Indicateur de développement humain et indicateur de santé sociale. S'il est vrai que la région francilienne se caractérise par un produit intérieur brut par habitant plus favorable que celui des autres régions françaises, cette mesure de la richesse est toutefois largement reconnue aujourd'hui pour son incapacité à illustrer le bien-être réel d'une population[5]. L'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France a développé une mesure du bien-être et du développement humain proche de l'indice de développement humain (IDH) développé par les institutions des Nations-Unies, croisant dans un même indicateur appelé IDH2 des données

relatives au niveau de vie mais aussi à la santé et au savoir ; cet indicateur met en relief de très fortes disparités entre commune franciliennes, avec des valeurs allant quasiment du simple au double entre certaines zones de Seine-Saint-Denis et le centre de Paris[6].

Dans le même ordre de travaux, la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (MIPES) d'Île-de-France s'est dotée d'un indicateur de « santé sociale » qui rassemble un faisceau d'indicateurs sociaux : taux de pauvreté, taux de sorties du système scolaire sans qualification, taux de mortalité prématurée, taux d'accords de recours à la force publique en vue d'une expulsion, taux de pauvreté monétaire, taux de ménages surendettés, indice d'inégalités territoriales des revenus des ménages, etc. En 2010, la MIPES a révélé que la santé sociale de l'Île-de-France s'était nettement dégradée au cours des dix dernières années, avec un indice en baisse de 2,4 points, sous le coup, notamment, de la hausse des inégalités territoriales de revenus, de l'augmentation du nombre des bénéficiaires de minima sociaux, de l'augmentation des décisions d'expulsion, ou encore de la prévalence croissante du surendettement.

Ecarts de revenus. De fait, l'Île-de-France se caractérise par des inégalités de revenus particulièrement fortes : les 10 % de foyers fiscaux les plus riches ont un revenu mensuel minimum supérieur de près de 3 300 euros à celui du revenu maximum des 10 % les plus pauvres. Si l'on raisonne de façon relative, avant impôts, **le revenu minimum des 10 % les plus riches est 7 fois supérieur au revenu maximum des 10 % les plus démunis**. Les habitants de Seine-Saint-Denis ont des revenus parmi les plus bas de France[7].

Le revenu médian des Franciliens est plus faible dans les communes du centre-est et de l'est que de l'ouest de la région. Les revenus médians les plus bas s'observent principalement sur deux grands territoires :

Le premier couvre le nord de Paris, la Seine-Saint-Denis, le nord des Hauts-de-Seine et le sud du Val d'Oise. La forte présence dans ces communes de ménages d'ouvriers et d'employés, d'étrangers et un taux de chômage élevé expliquent en partie la faiblesse des revenus des habitants.

Le deuxième territoire suit la limite est de la Seine-et-Marne : les habitants y sont plus fréquemment inactifs, essentiellement retraités. Les communes concernées sont de petite taille.

Plusieurs indicateurs socio-économiques montrent que les inégalités infrarégionales tendent à augmenter depuis 25 ans, opposant de plus en plus un groupe de territoires aisés composé de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, au reste de la région. L'équilibre de la géographie sociale francilienne est progressivement modifié : alors qu'hier la promotion sociale se traduisait par une attraction vers le centre, rejetant les populations modestes en banlieue, aujourd'hui les couches populaires en ascension sociale se déplacent vers la seconde couronne et le périurbain. En outre, la structure sociale de la région est progressivement modifiée par la fuite des ménages populaires qui en ont la possibilité vers les autres régions françaises. Cette mobilité centrifuge touche particulièrement les ménages mono-actifs, dont le revenu est insuffisant pour faire face aux coûts et aux contraintes (logement, transports) de la vie francilienne, et concerne ainsi particulièrement certaines professions (infirmières, secteur public)[8]. Ces phénomènes récents de la géographie sociale francilienne tendent à renforcer les inégalités entre territoires.

Précarité, pauvreté. En 2002, selon l'enquête logement de l'INSEE, 653 000 ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté régional (moins de 760 € par mois de revenu par unité de consommation), soit 14 % des ménages franciliens.

Ces ménages pauvres étaient plus souvent constitués d'une famille monoparentale que la moyenne nationale (16 % contre 9 %), un phénomène en forte augmentation. Toujours à cette même date, la personne de référence était au chômage dans trois ménages pauvres sur dix, mais on remarquait également que 58 % d'entre eux étaient des actifs, illustrant ainsi l'importance des travailleurs « pauvres » en Île-de-France, qui exercent des emplois salariés à temps partiel ou précaires.

Par ailleurs, alors qu'un Francilien sur 10 vit en-dessous du seuil des bas revenus avec moins de 903 euros par mois, la demande d'hébergement d'urgence est une caractéristique francilienne préoccupante, avec au total 1,37 million de nuitées attribuées au cours de l'année 2008, en progression importante au cours de ces cinq dernières années, dont une part importante de familles, le

plus souvent monoparentales, la plupart du temps en situation irrégulière, orientées vers les hôtels.

La région concentre en outre les trois quarts des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME).

Migration. La région Île-de-France reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger[9] : **40 % des immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) vivant en France résident en Île-de-France**, où ils représentaient 16,9 % de la population en 2006 soit une proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or les immigrés sont plus souvent confrontés à des difficultés socio-économiques que le reste de la population ; ils sont davantage exposés au chômage, sont plus souvent ouvriers, et subissent plus souvent des revenus bas[10].

Emploi. Fin 2009, 4,1 millions de salariés travaillent en Île-de-France dans le secteur marchand hors agriculture, soit le quart des effectifs nationaux, les services constituant la majeure partie de l'emploi francilien (71 %). La région subit de plein fouet la crise économique, puisqu'en 2009, les destructions nettes d'emploi en Île-de-France représentent un cinquième des destructions nettes d'emploi en France métropolitaine.

L'une des spécificités franciliennes tient à l'exposition particulière de ses salariés aux risques psycho-sociaux liés au travail, avec plus d'un quart des salariés franciliens (27,5 %) en situation de « job strain », c'est-à-dire confronté à une demande psychologique plus forte que les salariés de France entière tout en ne bénéficiant que d'une faible latitude décisionnelle[11].

Par ailleurs, sur certains sites la présence d'amiante en milieu professionnel (mais aussi dans l'environnement intérieur) constitue également un risque avéré et parfois fortement médiatisé (Jussieu, CMMP d'Aulnay). En 2003, en Île-de-France, on estime à environ 460 le nombre de cas de cancers dus à l'amiante (400 cancers du poumon et 60 mésothéliomes).

Si les conditions de travail sont un déterminant de santé, le fait aussi de ne pas travailler constitue un risque pour la santé, le chômage jouant un rôle catalyseur des différents facteurs de mortalité[12]. Or la progression récente des chiffres du chômage en Île-de-France marque la fin de l'exception régionale en la matière et l'alignement de la région sur le reste du pays (taux de chômage régional de 10,8 % contre 11 % pour la moyenne métropolitaine). En parallèle, les tendances récentes révèlent que l'utilisation de l'intérim s'intensifie dans une région pourtant autrefois plutôt préservée, et ce en particulier en grande couronne.

Cadre de vie et logement. En tant qu'expression de l'inégal capital social et économique de ses habitants, ou par ses caractéristiques propres en matière notamment d'aménagement, le territoire de résidence peut avoir un impact particulier sur la santé de ses habitants. Ainsi, les travaux engagés dans le cadre du projet francilien RECORD illustrent des disparités socio-spatiales d'obésité particulièrement importantes en Île-de-France, qui sont corrélées avec le capital éducatif des habitants à l'échelle du quartier[13].

Or la spécialisation socio-économique des territoires et du logement en Île-de-France est aujourd'hui accrue par la crise du logement qui frappe la région plus durement que le reste du pays et bloque l'accès au logement des ménages modestes mais aussi d'une grande partie des classes moyennes. Ainsi par exemple en 2006, le loyer moyen du secteur libre était supérieur de 56 % à celui du reste du pays, alors que le revenu disponible moyen des Franciliens n'était supérieur que de 23 % à celui des habitants des autres régions. Echo de ces difficultés, 36 % des ménages franciliens les plus pauvres sont logés dans le parc social. Un Francilien sur 8 vit dans une zone urbaine sensible.

Enfin, l'Île-de-France se caractérise par une problématique spécifique liée à l'insalubrité des logements ou à leur caractère indigne. 5 % des résidences privées, soit 200 000 logements, sont potentiellement indignes[14], dont les trois quarts sont situés dans les zones urbaines centrales. En 2008, 705 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Île-de-France, et près de 3 000 arrêtés plus anciens sont encore en cours.

Transports. Une enquête de l'Observatoire régional de santé au travail d'Île-de-France révèle que les salariés franciliens consacrent en moyenne 2 heures par jour à leurs trajets domicile-travail, dont 1h30 dans les transports en commun[15]. Cette confrontation quotidienne au stress, à l'incertitude et à la fatigue est perçue par la majorité des utilisateurs comme un déterminant négatif de l'état

de santé. Ce paramètre frappe inégalement les Franciliens, le temps de trajet et l'impact ressenti sur la santé allant croissant avec l'éloignement du centre de la région.

Problèmes environnementaux : pollution et bruit. Au regard des autres régions françaises, l'Île-de-France se caractérise par une forte concentration d'infrastructures à l'origine de multiples nuisances, en particulier de pollution de l'air et de bruit, particulièrement à Paris et en petite couronne.

La pollution atmosphérique extérieure, du fait en particulier de la circulation automobile, constitue un risque important pour l'état de santé de la population, l'ensemble de la population étant exposée. Airparif recense ainsi jusqu'à 4 millions de personnes qui, à Paris et en proche couronne, sont exposées à des niveaux de dioxyde d'azote supérieurs à la valeur de la limite.

C'est toutefois le bruit qui est cité comme la première nuisance environnementale par les Franciliens. Ses effets sur la santé, qu'il s'agisse de la gêne, d'impact sur la tension artérielle ou sur les capacités d'apprentissage chez l'enfant, sont suffisamment connus pour mettre au premier plan la lutte contre cette nuisance. La région Île-de-France est la première région à s'être dotée d'un observatoire du bruit (Bruitparif) et avoir développé des études autour des aéroports.

La nécessité de construire sur d'anciens sites pollués, l'intrication entre zones habitées et usines ou grands équipements, en particulier routiers, donnent une place particulièrement importante à l'évaluation des risques pour la santé dus à ces équipements et la participation des riverains aux études et à la gestion.

L'exposition aux champs électromagnétiques (antennes relais de téléphonie mobile, lignes à haute tension), bien que son impact sur la santé des populations ne soit pas prouvé, inquiète très fréquemment les riverains. Ces situations sont très fréquentes en Île-de-France et méritent une attention particulière.

Certaines zones de région cumulent ces expositions environnementales et constituent de véritables « points noirs » environnementaux appelant une action résolue.

1.2.2. Inégalités de santé

Les inégalités de ressources, les écarts de rémunération, les difficultés de logements et de transports ou encore l'impact souvent différentiel de la crise économique selon les territoires et les populations, se traduisent par des inégalités de santé qui semblent s'accroître en Île-de-France.

1.2.2.1. Inégalités en termes de mortalité

Les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région sont ainsi recoupées par des disparités en termes de mortalité.

On vit en moyenne deux ans plus vieux dans le 92 que dans le 93. En 2007, pour les deux sexes, les espérances de vie à la naissance les plus élevées sont observées à Paris, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine, tandis que les moins élevées sont observées en Seine-et-Marne, dans le Val d'Oise et en Seine-Saint-Denis. Dans ces trois derniers départements, l'espérance de vie des femmes est même inférieure à la moyenne nationale. Ces différences s'expliquent, en grande partie, par le profil sociodémographique des départements : les départements à forte espérance de vie sont, dans l'ensemble, ceux où la proportion de cadres et de professions libérales est élevée.

Ces tendances se retrouvent dans les chiffres de la mortalité prématurée. Si les départements franciliens affichent pratiquement tous un niveau de mortalité prématurée inférieur à la moyenne nationale, en réalité la situation est fortement contrastée selon les départements. Sur la période 2005-2007, les taux standardisés de mortalité prématurée de certains départements sont proches de la moyenne nationale (Seine-et-Marne pour les deux sexes, Seine-Saint-Denis pour les hommes), voire supérieurs à la moyenne nationale (Seine-Saint-Denis avec une mortalité prématurée des femmes supérieure de 10 % à celle constatée sur la métropole). Entre les Yvelines, département le mieux situé pour la mortalité prématurée, et la Seine-Saint-Denis, département le moins bien situé, les écarts s'élèvent à 28 % pour les hommes et à 25,5 % pour les femmes.

Ces inégalités persistent dans le temps. Sur une période de près de 20 ans, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis se caractérisent par des taux

de mortalité prématurée importants et largement supérieurs à la moyenne régionale.

Au-delà même de l'échelle des départements, c'est même au niveau infra-départemental, entre cantons ou communes voisines, que l'on retrouve parfois ces disparités de santé. Dans la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines (78), les hommes vivent en moyenne 7 ans de plus à Voisins-le-Bretonneux qu'à Trappes. Ainsi, dans Paris comme en proche et grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. A l'échelle du canton et pour les deux sexes, la mortalité prématurée apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'ouest parisien, le sud des Hauts-de-Seine et la partie orientale des Yvelines, ce secteur urbanisé présentant une situation socio-économique très favorable. A l'inverse, l'ouest de la Seine-Saint-Denis dessine une importante zone de surmortalité qui se prolonge au nord dans le Val d'Oise et à l'ouest dans les Hauts-de-Seine, secteur qui concentre des difficultés économiques avec une population ouvrière importante, un taux de chômage supérieur à la moyenne et une forte population étrangère. Outre ces deux secteurs aux profils très caractéristiques, l'analyse cantonale révèle par ailleurs des poches de surmortalité isolées dans le Val de Marne et en grande couronne, notamment dans la Seine-et-Marne et le Val d'Oise, avec le plus souvent un prolongement dans les régions voisines.

1.2.2.2. Naissance, enfance et jeunesse : l'inégalité dès le départ

On sait que les événements de santé survenus chez un nourrisson ou un enfant sont susceptibles d'avoir un impact sur sa santé à l'âge adulte. Plus largement, les conditions de vie connues dans l'enfance ont elles-mêmes un impact sur les inégalités de santé à l'âge adulte[16] : accès à l'éducation dans l'enfance, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs, sont autant de déterminants qui définissent dès l'enfance des trajectoires de santé socialement différenciées. Les programmes internationaux de lutte contre les inégalités de santé insistent particulièrement sur ce moment crucial de la vie et la commission des déterminants sociaux de l'OMS fait de la promotion de l'équité dès le départ l'un de ses principes cardinaux.

Inégalités face à la mortalité périnatale et infantile. La santé périnatale est un enjeu de santé publique pour toutes les régions françaises, mais l'Île-de-France fait partie des régions françaises où les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont les moins favorables. **Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale** (3,9 ‰, vs 3,6 ‰ en France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7 ‰ naissances vivantes, vs 2,3 ‰ en France. Pour ces deux taux, on observe de fortes disparités entre départements ; le département de Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés pour la mortalité infantile (5,4‰) et néonatale (3,6 ‰), la mortalité des 28 premiers jours dans ce département étant équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

Par ailleurs, le taux francilien de mortinatalité (enfants nés sans vie après le 6ème mois de grossesse) est également supérieur à la moyenne nationale (11 ‰ vs 9,6 ‰) et présente là encore de fortes disparités entre départements : de 8,8 ‰ dans les Yvelines à 13,4 ‰ en Seine-Saint-Denis.

Santé des enfants. Les inégalités de santé ont un caractère particulièrement précoce avec, par exemple, dès l'âge de six ans, des différences sociales marquées en termes de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardio-vasculaires. Ainsi les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale ont un moins bon état de santé bucco-dentaire et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres[17]. Par exemple, en 2006, chez les enfants de 12 ans, seuls 50 % des enfants d'ouvriers étaient totalement indemnes de caries alors que cette proportion atteignait presque 70 % chez les enfants de cadres[18].

Or **en ce qui concerne l'obésité et le surpoids, les enfants sont plus touchés en Île-de-France qu'en France métropolitaine** : si le nombre d'enfants obèses ou en surpoids en grande section maternelle a baissé ces dernières années, il n'en reste pas moins que ce nombre est significativement plus élevé en Île-de-France qu'en France (13,6 % contre 12,1 % sur la période 2005-2006).

Santé des jeunes. L'adolescence constitue à son tour une période critique pour la santé. La

construction des attitudes par rapport aux risques est fortement différenciée selon le milieu social et détermine des conditions de vie favorables ou défavorables à la santé pour l'avenir : expérimentation et consommation de produits psychoactifs, conduites à risque dans les activités de loisir et sur la route, alimentation, pratiques sportives, pratiques sexuelles à risque…

Selon les données 2005 de l'INPES[19], les jeunes franciliens se caractérisent par de moindres consommations régulières d'alcool et de tabac que leurs homologues provinciaux, quel que soit le sexe. Pour autant, les conduites à risque des jeunes demeurent un problème de santé publique aigu pour la région. L'Île-de-France présente certaines spécificités s'agissant notamment des comportements sexuels des adolescents : chez les filles, l'utilisation du préservatif est significativement moins élevée (18 % des Franciliennes n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, contre 10 % des filles résidant en province). De même, 7 % des jeunes Franciliennes de 15-17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse ; elles recourent davantage à la contraception d'urgence et au dépistage VIH que leurs homologues provinciales, ce qui peut signaler davantage de prises de risques sexuels en Île-de-France qu'en province[20]. Par ailleurs, l'Île-de-France diffère de la province par un risque plus élevé de tentative de suicide au cours de la vie : la proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a fortement augmenté et est passée de 6 % à 8 % entre 1997 et 2005 en Île-de-France[21]. Or les conduites à risque des jeunes sont plus fréquentes lorsque la cohésion familiale est affaiblie par des facteurs de vulnérabilité sociale.

En Île-de-France, l'enjeu de la santé des étudiants est également un enjeu particulièrement important compte tenu de l'attractivité de la région ; l'accès aux soins de cette population est notamment préoccupant puisque les données nationales publiées en mai 2011 par la mutuelle des étudiants soulignent le nombre croissant d'étudiants qui renoncent aux soins pour raison financière (un étudiant sur 3 renonce à consulter pour raison financière et une étudiante sur deux n'a pas vu de gynécologue depuis un an).

1.2.2.3. Inégalités face aux comportements de santé et aux modes de vie

Nutrition. La population francilienne se conforme moins qu'en province aux recommandations du PNNS : **seuls 10,5 % des Franciliens consomment 5 fruits et légumes par jour**, contre 12,5 % des provinciaux. A contrario, la consommation de boissons sucrées est plus fréquente en Île-de-France (26,6 % contre 19,7 % en province).

En outre, si l'on sait que la qualité de l'alimentation est partout corrélée au niveau socio-économique, les Franciliens ayant des revenus faibles ou intermédiaires ont une consommation de fruits et légumes particulièrement insuffisante par rapport aux provinciaux de statut socio-économique comparable. Selon l'ORS d'Île-de-France, les ménages dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 € sont de petits consommateurs à hauteur de 62 %, contre 51 % hors Île-de-France. Pour des revenus compris entre 900 et 1 499 €, les proportions sont respectivement de 52 % et 42 %. Pour les revenus supérieurs à 1 500 €, l'écart se réduit considérablement (41 % contre 39 %). L'accès des Franciliens défavorisés à des aliments sains, nutritifs et personnellement acceptables est plus souvent restreint, inadéquat ou incertain, et cela se vérifie à la fois sur le plan de la quantité et sur le plan de la qualité.

Sexualité. Parmi la population âgée de moins de 55 ans, la proportion de multipartenaires est plus élevée en Île-de-France que dans les autres régions[22], notamment parmi les personnes vivant en couple. Cette particularité fait des comportements sexuels un enjeu important pour la région.

La particularité de la région Île-de-France concerne notamment le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), plus élevé que le taux national. L'IVG concerne toutes les femmes sans corrélation avec des caractères socio-économiques.

De même, les infections sexuellement transmissibles sont plus fréquentes chez les Franciliennes que chez les femmes des autres régions. L'exposition à certains comportements sexuels à risque est fortement stratifiée socialement. Ainsi, les femmes non-diplômées sont en effet moins nombreuses à avoir protégé leur premier rapport et à avoir utilisé un préservatif : près d'une Francilienne sans diplôme

sur deux de moins de 40 ans n'a utilisé aucune méthode de contraception lors de ce premier rapport sexuel alors qu'elles sont un peu plus de 10 % parmi celles ayant un diplôme du supérieur.

Santé mentale. La santé mentale fait depuis quelques années l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics au niveau international et national. Les enjeux de la « santé mentale » ne sont plus subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé « positive » (comme aptitude au bien-être, au rebond, à la relation, etc.). Pour ce qui concerne la pathologie mentale à proprement parler, selon l'OMS, 14 % de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité, peut être attribuée aux troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'absorption de substances toxiques. L'OMS constate par ailleurs que les ressources allouées pour pallier cette charge sont insuffisantes, distribuées de manière inéquitable et utilisées de façon inappropriée, engendrant des lacunes de couverture thérapeutique, notamment pour les populations à faibles revenus et à revenus moyens inférieurs. Hormis les tentatives de suicide des hommes, tous les indicateurs sont défavorables en Île-de-France par comparaison aux données hors Île-de-France, avec des différences particulièrement significatives pour l'alcoolo-dépendance chez les femmes. C'est un enjeu qui est particulièrement sensible aux inégalités sociales, avec notamment une forte problématique liée à la précarité et aux troubles psychiques des personnes sans chez-soi.

Le caractère très insatisfaisant des indicateurs régionaux en santé mentale, et la connexion de cette question avec de nombreuses autres problématiques de santé mais aussi sociales (protection de l'enfance, logement, emploi) ou sociétales (délinquance, violence) font de la santé mentale un enjeu de toute première importance en Île-de-France. L'acuité de cette problématique est particulièrement différenciée entre les territoires franciliens, en fonction de certaines caractéristiques historiques, démographiques, ou géographiques des départements, mais également de l'existence ou non d'un établissement départemental dédié.

1.2.2.4. Principales causes de morbi-mortalité : de fortes inégalités franciliennes

Trois pathologies regroupent près d'une prise en charge en ALD sur deux en Île-de-France : les tumeurs malignes (17,9 %), le diabète de type I et II (17,8 %) et enfin l'hypertension artérielle (HTA, 13,4 %). Cette répartition est similaire à celle relevée à l'échelle de la métropole. L'affection qui contribue le plus à l'évolution du nombre d'ALD dans la région est variable selon les départements : les tumeurs malignes pour les Hauts-de-Seine et les Yvelines, l'HTA pour Paris, et le diabète pour les autres départements, tout particulièrement la Seine-Saint-Denis, avec 38 % de la progression du nombre d'ALD qui lui est imputable entre 2008 et 2009.

Cancer. L'incidence des cancers est plus faible en Île-de-France que sur l'ensemble du territoire. Ce constat est aussi valable pour la mortalité prématurée par cancers qui est inférieure de 11,5 % à celle constatée sur la métropole. Globalement, en Île-de-France comme en France, si l'incidence tous cancers confondus augmente régulièrement depuis 1990, la mortalité recule, grâce aux progrès du dépistage et de la prévention et aux progrès réalisés en matière de prise en charge.

Les hommes franciliens sont notamment moins touchés qu'au niveau national, tant en termes de morbidité que de mortalité, par le cancer du poumon et le cancer colorectal, qui représentent, en France, les deux cancers les plus mortels. Moins mortel mais très répandu, le cancer de la prostate (7 % des décès sur la France entière en 2008) a également un impact moindre sur la mortalité des Franciliens que sur celle des Français : à population standardisée, il entraîne 11 % de décès de moins en Île-de-France que sur la France entière. De même, à structure de population standardisée, le nombre de cas mortels de cancer du poumon est inférieur de 7 % en Île-de-France, pour la période 2005-2007, à celui constaté sur l'ensemble de la métropole. Il est de 11 % inférieur pour le cancer colorectal.

La situation des Franciliennes face au cancer est moins favorable que celle des hommes : l'incidence des cancers féminins tend à augmenter en Île-de-France depuis 1990. Surtout, l'Île-de-France **se caractérise par une surmortalité des femmes par cancer**. A l'inverse des hommes, les Franciliennes

connaissent une surmortalité et une sur-morbidité tous cancers confondus, ainsi que pour la plupart des cancers principaux : cancers du poumon, du sein, du col de l'utérus. La mortalité par cancer des femmes franciliennes est supérieure à la moyenne nationale, essentiellement liée à une forte surmortalité par cancer du poumon (écart de 20 % par rapport à la moyenne nationale), et, dans une moindre mesure, par cancer du sein (écart de 6 %). La mortalité féminine par cancer est supérieure à la moyenne métropolitaine dans plusieurs départements franciliens (77, 93, 95).

Enfin, les départements franciliens présentent des situations disparates. Chez les hommes, en termes de morbidité, tous cancers confondus, seuls les départements de la Seine-Saint-Denis (396,2 cas pour 100 000 hommes) et de Paris (410,4) présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale (433,9). La sur-morbidité est surtout concentrée dans l'Essonne (453,3), la Seine-et-Marne (459) et le Val d'Oise (467). Concernant le cancer du poumon, les taux de morbidité national et régional (respectivement, 50,1 et 49,8) sont très proches et seuls deux départements franciliens les dépassent : il s'agit de la Seine-Saint-Denis (55,2) et du Val d'Oise (53,9). Tous cancers, hommes et femmes confondus, l**a Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise révèlent une situation de surmortalité par rapport à la moyenne régionale**. Ces trois départements présentent, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par cancers les plus élevés de la région, généralement supérieurs à la moyenne nationale : entre 241,3 et 249,6 décès pour 100 000 hommes et entre 124,3 et 127,6 décès pour 100 000 femmes. La Seine-Saint-Denis présente une situation particulière de sous-morbidité et de surmortalité par cancer, qui doit être reliée à l'insuffisant accès aux soins et aux diagnostics tardifs.

Maladies cérébro-vasculaires. La situation régionale favorable vis-à-vis de la mortalité cérébro-vasculaire souffre de forts déséquilibres internes. Si Paris, le Val de Marne et les Hauts-de-Seine affichent, tous sexes confondus, un niveau de mortalité par maladies cérébro-vasculaires très inférieur à la moyenne régionale, le Val d'Oise, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et l'Essonne connaissent une situation de surmortalité très significative.

La situation de sous-mortalité globale de l'Île-de-France doit être rapprochée d'une situation a priori paradoxale de sur-morbidité. En effet, tous les départements franciliens montrent, par rapport à la moyenne nationale, une sur-morbidité des AVC chez les hommes, pouvant représenter jusqu'à 25 % d'incidence de plus (71,1 incidents pour 100 000 hommes à Paris, contre 57 au niveau métropolitain). Chez les femmes, les écarts sont moins prononcés, avec un maximum de 43,9 incidents pour 100 000 femmes (soit + 13 %) en Seine-et-Marne.

Diabète. Le nombre de cas standardisés de personnes bénéficiant d'une exonération au titre de l'ALD diabète est inférieur en Île-de-France par rapport aux données nationales. Pour autant, les inégalités en la matière sont nettes, puisqu'à l'inverse en Seine-Saint-Denis le nombre de personnes concernées est supérieur de 30 % à la moyenne nationale. A un moindre niveau, le Val d'Oise, la Seine-et-Marne et l'Essonne sont également au dessus de la moyenne régionale.

Hypertension artérielle. La prévalence pour cette affection est supérieure en Île-de-France par rapport à celle observée en France : 2 216 cas pour 100 000 personnes contre 1 999 cas. Trois départements se distinguent par une forte prévalence de la pathologie – taux standardisés - : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et l'Essonne.

1.2.2.5. Inégalités face aux pathologies infectieuses et aux expositions liées aux conditions de vie

Infection par le VIH/sida et hépatites. L'Île-de-France concentre **près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH enregistrés chaque année en métropole**. Le nombre annuel de découvertes de séropositivité rapporté à la population y est 2,6 fois supérieur à celui observé sur la métropole (en 2009, 26,3 pour 100 000 habitants contre 10,3).

Au sein de la région, les départements franciliens présentent, en grande majorité, des taux de découvertes de séropositivité supérieurs à la moyenne nationale mais l'épidémie les touche de façon inégale : le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants varie, en 2008, entre 8 dans les Yvelines et 58,8 à Paris. La Seine-Saint-Denis est le deuxième département le plus affecté (35,3).

Les hommes homosexuels sont particulièrement touchés avec un nombre de découvertes de séropositivité qui est resté quasiment stable du fait de prises de risque de plus en plus importantes ; leur part dans l'ensemble des nouveaux cas de VIH a augmenté, passant de 22 % en 2003 à 34 % en 2006.

Par ailleurs, chez les usagers de drogues par voie injectable, si la politique de réduction des risques a permis une nette baisse des contaminations par le VIH, elle n'a par contre pas permis de freiner l'épidémie de **VHC**. Le partage encore fréquent du petit matériel servant à l'injection et la réutilisation des seringues dans des pratiques de consommation en groupe sont les causes d'une prévalence régionale du VHC encore extrêmement élevée chez les usagers injecteurs, qui atteignait 76 % en 2004. Cette prévalence est particulièrement problématique parmi les personnes emprisonnées en Île-de-France. Il faut noter en outre qu'une part importante des déclarations d'infections par les virus des hépatites A et B concernent l'Île-de-France (respectivement 26 % et 28 % en 2008).

Pathologies liées à la pauvreté et à la précarité. Les populations précaires sont plus nombreuses en Île-de-France que sur le reste du territoire métropolitain, et, au sein de la région, plus concentrées dans certains territoires, en Seine-Saint-Denis notamment. Ainsi, l**a part de la population francilienne bénéficiant de la CMU complémentaire est supérieure à la moyenne nationale** (6,6 % contre 6,1 %, dont 3,6 % dans les Yvelines et 12,2 % en Seine-Saint-Denis). La CMU de base concerne environ 1 455 000 personnes en métropole, dont 396 000 en Île-de-France au 31 décembre 2007. Pour la CMU Complémentaire (tous régimes confondus), au 31 décembre 2007, 3 743 000 en sont bénéficiaires en métropole, dont 763 000 en Île-de-France.

Sur-occupation des logements, locaux anciens ou dégradés et précarité contribuent, voire expliquent, certaines pathologies particulièrement marquées dans la région. Le risque de saturnisme infantile lié à l'habitat ancien est encore très présent dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis, en dépit des efforts conduits dans la région depuis plus de 10 ans. La région Île-de-France a reçu en 2009 53 % des notifications au niveau national de saturnisme infantile. L'Île-de-France est également l'une des régions, derrière le Nord-Pas-de-Calais où le risque d'intoxications au monoxyde de carbone est le plus élevé. Ces intoxications, particulièrement fréquentes en période hivernale, sont le plus souvent dues à des installations de chauffages vétustes ou ne respectant pas les normes d'installation. Enfin, l'insalubrité et l'humidité des logements peuvent provoquer ou aggraver des pathologies respiratoires (asthme, allergies…), des accidents domestiques et parfois même altérer la santé mentale des occupants.

Santé, migration, discrimination. Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France[23]. Au-delà de l'état de santé perçu, on retrouve une concentration de certaines pathologies chez les personnes étrangères. Ainsi par exemple, même si elle a diminué ces dernières années, la **proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH** atteignait 48 % en 2008. En Île-de-France, ce sont essentiellement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne qui sont concernés, représentant 50 % des découvertes de séropositivité VIH, dont près de 60 % de femmes.

De même, l'Île-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par la **tuberculose** et le phénomène concerne principalement des étrangers originaires de pays à forte prévalence (d'Afrique subsaharienne notamment) et des personnes vivant dans des lieux surpeuplés et/ou insalubres. Le nombre de nouveaux cas déclarés en 2006 était de 1 970, soit une incidence deux fois supérieure à la moyenne métropolitaine (17,1 pour 100 000 habitants contre 8,5). Enfin, l'Île-de-France est particulièrement concernée par l'enjeu que représentent les difficultés sanitaires aiguës que rencontre la **communauté Rom**, avec notamment une très faible couverture vaccinale (8 à 12 %), un accès trop tardif au diagnostic et aux soins, et une santé maternelle et infantile très dégradée.

Au-delà des expositions particulières qui leur sont liées, la pauvreté et la précarité ont également un **impact sur l'accès aux soins**. Cette réalité s'illustre notamment autour de l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'Aide médicale d'État, dont 75 % résident en Île-de-France. Une enquête régionale de la DREES a mis en évidence la jeunesse de la population des bénéficiaires de l'AME (70 % de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans), originaire pour moitié d'Afrique hors Maghreb, et caractérisée par un mauvais état de santé perçu.

Surtout, dans cette enquête, un bénéficiaire sur quatre déclarait en outre avoir renoncé à des soins au cours de l'année passée, le plus souvent pour des raisons financières et majoritairement pour des soins de premier recours.

1.2.2.6. Inégalités face à la perte d'autonomie : vieillissement et handicap

Vieillissement. La jeunesse de la population francilienne par rapport à la moyenne nationale ne doit pas masquer l'importance de l'enjeu du vieillissement. L'estimation de la population au 1er janvier 2008 indique que 2 millions de Franciliens sont âgés de plus de 60 ans, soit une progression supérieure à 10 % en 10 ans. Les hausses sont plus fortes aux âges les plus élevés. En 1999, l'Île-de-France comptait environ 585 500 personnes de 75 ans ou plus (5,3 % de la population) ; en 2008, elle en comptait 736 000, soit 6,6 % de la population. Selon les projections, cette proportion pourrait atteindre 7,3 % en 2020. Ce vieillissement de la population est, comme ailleurs, porteur de défis de santé cruciaux pour la région, notamment en termes de prévalence des maladies chroniques, de la maladie d'Alzheimer et de la perte d'autonomie.

Ces évolutions s'accompagnent de profondes disparités territoriales. Paradoxalement, ce sont les départements de la grande couronne qui vieillissent le plus, même s'ils comptent parmi les plus jeunes des départements de France métropolitaine. La part des personnes de 60 ans et plus y a augmenté de 17 % en 10 ans (1999-2008) contre 10 % en moyenne régionale, et 5 % en moyenne métropolitaine. La part des personnes de 75 ans et plus y a augmenté de 38 % au cours de la même période, contre 26 % en moyenne régionale et 30 % en moyenne métropolitaine. Les départements des Yvelines et de l'Essonne sont les plus concernés.

Corollaire du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Il est donc important de tenter d'appréhender les évolutions dans ce domaine. Selon des projections datant de 2003, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait passer de 89 000 en 2000 à 105 000 en 2020. Une étude réalisée en 2009 par la direction régionale de l'INSEE d'Île-de-France, en lien avec la DRASS d'Île-de-France, aboutit à un résultat comparable avec une estimation à 23 600 du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires potentiellement dépendantes d'ici 2020. Il faut en outre noter que 63 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (25 % seules et 38 % non seules) et 37 % en institution, la prévision étant que, en raison de multiples facteurs favorisant le maintien à domicile, la part des personnes âgées dépendantes ayant recours à un hébergement en établissement devrait diminuer quelque peu.

Handicap. D'après l'enquête INSEE Handicap santé 2008, quel que soit l'âge, la part de personnes en situation de handicap, d'incapacité ou de dépendance est plus faible en Île-de-France qu'en France métropolitaine: 2,1 % des Franciliens ont une situation de handicap ou d'incapacité à la fois reconnue, ressentie et identifiée, contre 2,7 % en France métropolitaine. L'Île-de-France compte aussi parmi les régions dont les habitants considèrent le moins souvent avoir un handicap, selon l'enquête Vie quotidienne et santé de l'INSEE publiée en 2009.

Les projections d'ici 2020 révèlent que l'évolution des populations en situation de handicap n'est pas homogène suivant les départements. La tranche d'âge qui enregistre la plus forte progression sur la quasi totalité des départements de la région est celle de 12 à 15 ans. Cette progression de l'ordre de 10 % en Seine-et-Marne, 8 % dans le Val d'Oise et le Val de Marne, 6 % dans l'Essonne et seulement plus de 3 % à Paris atteint plus de 18 % en Seine-Saint-Denis. Les projections anticipent par ailleurs une augmentation notable de la population de 46 à 59 ans à l'horizon 2020 dans les Hauts-de-Seine (+ 10 %), la Seine-et-Marne (+ 7 %) et à Paris (+ 6 %). Ces chiffres soulignent l'importance de la problématique des personnes handicapées vieillissantes, liée aux progrès de la médecine.

Chez les enfants, les déficiences auditives concernent 1 enfant sur 1 000, la prévalence de la déficience visuelle se situant entre 0,5 et 2 pour 1 000. L'autisme et les troubles envahissants du développement associés concernent environ 60 naissances sur 10 000. La prévalence des polyhandicapés est comprise entre 0,7 et 1/1 000. La prévalence des Infirmités moteurs cérébrales varie de 1,5 à 2 pour 1 000. Il faut souligner que la moitié des déficiences sévères de l'enfant (1 700 enfants concernés chaque année) concerne des

enfants prématurés ou grands prématurés, le taux de prématurité s'établissant à 6,7 % en Île-de-France (7,2 % en Seine-Saint-Denis).

1.3. UNE RÉGION SOUMISE À DE NOMBREUX RISQUES

1.3.1. Les risques infectieux

importance de la population, le nombre de déplacements journaliers contribuant à multiplier les contacts entre personnes (transports en commun, lieux de travail, etc.), le nombre de touristes (première destination touristique au monde) et l'importance de l'immigration rendent la région particulièrement vulnérable au développement de phénomènes infectieux, qu'il s'agisse de germes courants ou de germes inhabituels pour la région voire émergents. On se rappellera ainsi que l'Île-de-France a été le point d'entrée des virus de la grippe A(H1N1) 2009 et du SRAS. En outre, du fait de la forte densité de tours aéroréfrigérantes, le risque de survenue de légionelloses en relation avec une exposition environnementale est particulièrement élevé.

Par ailleurs l'émergence dans la région de bactéries multi-résistantes (BMR) appelle une vigilance particulière. Ce phénomène est quantitativement encore limité, mais il doit appeler à la plus grande vigilance compte tenu du rôle de plaque tournante que joue la région, qui concentre plus que d'autres les hospitalisations de patients en provenance de pays étrangers où les BMR circulent.

1.3.2. Les risques liés à l'eau

Peu exposée à des risques sur la qualité de l'eau potable, globalement élevée même si certaines communes restent soumises à des restrictions problématiques qui légitiment la mobilisation des autorités publiques comme en Seine-et-Marne, la région est en revanche caractérisée par des risques liés à une inondation majeure par débordement des fleuves et rivières qui la bordent (la Seine, la Marne et l'Oise mais aussi le Loing, l'Yonne, le Grand Morin, et l'Yerres). Plus de la moitié des communes seraient concernées, soit 900 000 personnes directement exposées.

1.3.3. Les risques technologiques

Les risques technologiques liés aux activités industrielles. Avec 35 établissements classés SEVESO seuil haut et 58 établissements seuil bas, la région est aussi exposée aux risques industriels, notamment en grande couronne. Le risque industriel concerne notamment les sites de production de matières premières chimiques ou pétrolières, les sites de transformation de ces matières, la proximité du site nucléaire de Nogent-sur-Seine, et les sites de stockage de produits chimiques ou pétroliers ainsi que les sites de distribution. On note aussi la présence dans la région d'un grand nombre d'installations classées « agricole » (773 au total) situés en grande couronne dont les effets négatifs possibles incluent le risque d'explosion de poussières de produits alimentaires, ainsi qu'un nombre important de sites dédiés au traitement et au stockage des déchets (centre d'enfouissement technique, centre d'incinération). Globalement le risque touche l'ensemble du territoire à l'exception de Paris.

Les risques liés aux transports. L'Île-de-France est dotée d'un réseau d'infrastructures de transport particulièrement dense avec des nœuds (tunnels routiers) et une forte imbrication. Tous les réseaux convergent vers Paris, qu'il s'agisse des voies routières largement utilisées pour le transport de matière dangereuse, des voies ferrées (métro et train) par lesquels transitent environ 7 millions de personnes chaque jour, des voies fluviales qui permettent le transport de marchandises et d'hydrocarbures, des transports aériens qui convergent vers Orly et surtout Roissy (80 millions de personnes transitent chaque année par ces aéroports, pour près de 800 000 vols) et des canalisations dont le principal réseau d'oléoducs relie Le Havre à Paris et achemine par canalisation 40 types différents de produits.

2. DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SANTÉ[24]

2.1. DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ : LES GRANDES TENDANCES FRANCILIENNES

Le progrès technique et thérapeutique a changé l'exercice des professions de santé. Tout en augmentant l'efficacité des traitements prodigués, le progrès thérapeutique renforce le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives du soin. Il affecte la pratique clinique en accroissant la spécialisation, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en nécessitant d'avantage de coordination. Outre son inscription naturelle dans la dynamique du progrès médical, cette évolution se double aujourd'hui d'une **conjoncture de tension prévisible** en termes de démographie professionnelle.

La situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques paradoxales : **c'est à l'heure où la densité globale est plus élevée que jamais que le constat d'une crise est posé** avec acuité. En réalité, il faut bien voir que le constat numérique n'est pas la seule composante pertinente d'un diagnostic en matière de ressources médicales et paramédicales. Au-delà du constat chiffré, l'enjeu de la démographie des professions de santé concerne l'adéquation de l'offre aux besoins, en termes de répartition géographique, en termes d'accessibilité financière, en termes de sécurité pour la prise en charge des patients et de taille critique des effectifs, et en termes de coordination dans la répartition des différentes tâches entre professionnels.

La Loi HPST a mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français. Les échanges avec les futurs professionnels et les médecins en exercice, par exemple lors des États généraux de l'organisation des soins en 2008, ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'exercice et d'installation à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Ainsi, si, sur un plan quantitatif, l'analyse de la démographie des professions de santé fait craindre une accentuation de la réduction de la ressource humaine disponible dans les années à venir, une analyse plus qualitative des causes contextuelles de ces enjeux démographiques peut aussi ouvrir **des perspectives positives en termes de réorganisation des pratiques et des modes d'exercice**.

2.1.1. Les constats aujourd'hui

2.1.1.1. Une région attractive pour les professionnels de santé

L'Île-de-France possède un atout majeur en termes d'attractivité pour les professionnels de santé, car son offre de santé joue un rôle national et international sur plusieurs plans.

En matière de délivrance de soins, principalement de soins complexes et très complexes, les structures de recours de la région possèdent une **renommée nationale et internationale** de premier plan. En termes de formation, principalement dans des domaines de haute expertise scientifique ou médicale, la région Île-de-France est mondialement réputée et ses universités, grandes écoles et grands établissements exercent une forte attractivité au niveau national et international. C'est là le corollaire de son **rayonnement en matière de recherche**, puisque la région produit 40 % de la recherche biomédicale française et que près de 10 000 chercheurs étrangers y travaillent dans des laboratoires de recherche, 5 000 chercheurs en formation y sont accueillis chaque année.

L'Île-de-France se caractérise par un dispositif académique exceptionnel avec 17 universités, des grandes écoles et de grands établissements de niveau mondial. Elle accueille d'ores et déjà des milliers d'étudiants de toutes les régions de France et de l'étranger qui travaillent dans le domaine de la santé. La région a bénéficié des mesures et dispositifs qui ont été mis en place depuis quelques années pour renforcer les synergies des organismes et structures de recherche et des unités d'enseignement supérieur, par exemple au travers des

PRES (Pôles de Recherche et d'Enseignement Supérieur) qui mobilisent en réseau les établissements d'enseignement supérieur, permettant la rationalisation de l'offre de recherche des grands sites universitaires, et dont plusieurs en Île-de-France s'investissent à des degrés divers dans le champ de la santé.

2.1.1.2. Une densité médicale élevée mais une offre fragile en médecine générale

La densité médicale moyenne place actuellement l'Île-de-France au deuxième rang des régions les mieux dotées, derrière Provence-Alpes-Côte d'Azur. Avec, au 1er janvier 2009, 47 054 médecins, la densité moyenne est de 405 médecins pour 100 000 habitants, loin devant la densité moyenne nationale qui est de 336 médecins en moyenne pour 100 000 habitants.

La caractéristique francilienne est de compter une **proportion de médecins spécialistes plus importante** (57,21 %) qu'au plan national (51,25 %). C'est sur la médecine générale, spécialité centrale pour l'offre de soins de premier recours, que se concentrent dans notre région les plus grandes difficultés. Sur les 24 336 médecins généralistes franciliens seuls 10 000 environ ont un exercice libéral en cabinet (57 %), dont 18 % choisissent des exercices particuliers (urgentistes, phlébologues, acupuncteurs, etc.). En conséquence, l'offre de médecine générale en cabinet de ville est assurée pour la région par environ 8 000 professionnels actifs hors médecines à exercice particulier, soit une offre bien moindre qu'en province.

2.1.1.3. Une densité paramédicale élevée sauf pour la profession infirmière

La densité des professionnels paramédicaux est supérieure en Île-de-France à ce qu'elle est en moyenne au plan national, à l'exception d'une seule profession, celle d'infirmier.

A l'image du généraliste pour les professions médicales, la profession infirmière est, en Île-de-France, celle qui concentre toutes les difficultés des professions paramédicales. Au 1er janvier 2009, l'Île-de-France compte 82 930 infirmiers en exercice dont 78 % dans le secteur hospitalier. Avec moins de 40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, la densité francilienne est deux fois plus faible qu'au plan national ; ce mode d'exercice représente 8,7 % des professionnels infirmiers, contre 15 % au plan national, ce qui engendre une évidente faiblesse de l'offre de premier recours, à laquelle s'ajoutent des difficultés de recrutement signalées par quasiment toutes les structures de soins en Île-de-France.

2.1.1.4. Une répartition inégale des densités médicale et paramédicale sur le territoire

Au sein de la région, la répartition de la ressource médicale est caractérisée par une très forte disparité entre territoires. Tous modes d'exercice confondus, la densité varie **de 116 médecins pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne, à 530 à Paris**. On retrouve une situation comparable avec les généralistes : à une densité moyenne régionale de 173 praticiens, répond une densité également minimale en Seine-et-Marne (123) et maximale à Paris (288). La Seine-et-Marne compte au rang des départements les moins bien lotis de France en termes de densité de généralistes. Ces inégalités inter-départementales sont de surcroît accrues par des inégalités infra-départementales qui frappent plus particulièrement les zones rurales et les zones urbaines sensibles.

La répartition des professionnels paramédicaux épouse le plus souvent la répartition des médecins et fait, là encore, de certains départements des territoires moins bien desservis que ceux de province. Ainsi en est-il depuis au moins 2004 en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne pour les professions de masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue.

2.1.1.5. La disponibilité des soins pour les patients ne dépend pas que de la démographie

Les données relatives au secteur de conventionnement des médecins ont une importance majeure pour le diagnostic démographique des professions médicales. En effet, une densité élevée de médecins peut très bien se conjuguer, notamment dans certains quartiers parisiens, avec une faible

accessibilité des soins au tarif conventionné, du fait d'une **surreprésentation de médecins admis à pratiquer des dépassements d'honoraires**, à relier pour partie aux coûts spécifiques de l'immobilier en Île-de-France. Dans certains secteurs de grande couronne ou des zones urbaines sensibles, ce phénomène peut se conjuguer avec une faible densité pour aggraver les difficultés d'accès aux soins.

Ainsi, une étude récente de l'IRDES révèle que l'Île-de-France est particulièrement concernée par des difficultés d'accès à des professionnels de secteur 1 : le temps moyen de trajet nécessaire à un Francilien pour accéder à un praticien de secteur 1 augmente pour la plupart des spécialités, et est multiplié par deux par rapport aux autres régions de France métropolitaine pour l'accès aux cardiologues, aux hépato-gastro-entérologues, aux gynécologues et aux pneumologues[25].

Par ailleurs, le phénomène des refus de soins illicites subis par certains bénéficiaires de la CMU et de l'AME persiste malgré la condamnation unanime de tous les acteurs du dossier et appelle à ce titre une vigilance particulière.

L'accessibilité financière des soins doit donc être une clé de lecture à part entière de la régulation démographique des professions médicales.

2.1.1.6. Les projections démographiques

Le vieillissement du corps médical, réalité sur l'ensemble du territoire national, affecte moins l'Île-de-France que les autres régions, sauf pour la médecine générale. Pour autant, le scénario tendanciel retenu par la DREES dans ses projections sur la densité médicale à l'horizon 2030 fait apparaître une **baisse de la densité médicale en Île-de-France de 26 %**, soit nettement plus importante qu'en France entière (-10 %).

Cette baisse importante de la densité de professionnels de santé s'exprimera de façon différenciée selon les territoires. En effet, l'attractivité moindre des secteurs géographiques les plus déficitaires aura pour conséquence un taux de remplacement des départs en retraite encore plus faible que dans les secteurs les plus favorisés. Cette évolution risque d'aggraver significativement les inégalités territoriales existantes, et constitue une menace patente pour l'accès aux soins dans les zones rurales et urbaines sensibles.

Pour les professions paramédicales, à l'exception des orthoptistes, la part des plus de 55 ans est plus élevée en Île-de-France qu'en moyenne nationale. Ainsi, 31,6 % des infirmiers franciliens ont plus de 50 ans (30,6 % France entière) et 17,6 % plus de 55 ans (15,4 % France entière) ; les départs à la retraite d'infirmiers sont estimés à en moyenne près de 4 000 par an pour les cinq ans à venir. Du côté des médecins, le diagnostic met en lumière des départs très importants à la retraite qui ne seront pas compensés par les flux entrants des jeunes médecins formés, du fait de la réduction du numerus clausus intervenue dans les années 1990. En outre, la durée d'exercice des médecins tend à diminuer du fait notamment de l'installation beaucoup plus tardive des jeunes médecins en libéral (en moyenne dix ans après l'obtention du diplôme).

2.1.2. Ressources humaines de santé : des enjeux franciliens spécifiques

2.1.2.1. Les enjeux de formation

Les atouts de la région Île-de-France en termes de formation médicale et paramédicale sont bien connus : offre importante, présence de compétences de pointe, etc. Pour autant, **les difficultés rencontrées par la région pour son offre de premier recours sont repérables dès le stade de la formation**.

Ainsi, on constate que, parmi les professionnels infirmiers formés en Île-de-France, **les quotas théoriques de formation ne sont pas atteints** (5 560 étudiants pour un quota de 6 540), et qu'en outre les taux de fuite vers la province et d'abandon en cours d'études sont importants. La réingénierie des diplômes avec l'accès au système Licence-Master-Doctorat (LMD) engendre en outre des enjeux spécifiques. De façon générale, la méconnaissance de certains métiers ou de certaines fonctions, le manque de visibilité des dispositifs de formation, l'image difficile associée parfois aux conditions de travail, le manque de perspectives de carrière, le manque de reconnaissance des compétences et des formations universitaires, les salaires jugés insuffisants au regard de l'activité et des responsabilités, figurent parmi les éléments influençant négativement l'attractivité des métiers paramédicaux. Bien que les missions de formation, d'enseignement

et plus récemment de recherche soient admises comme relevant des activités des professionnels paramédicaux, elles ne sont pas véritablement identifiées. Cette situation, qui se traduit notamment par une faible appétence à accueillir et former des stagiaires, a un impact à la fois sur les capacités à former les professionnels et sur l'attractivité.

De même, pour ce qui concerne la formation des médecins, on constate que la répartition inégale des professionnels est partiellement liée à la **centralisation de l'offre de formation** et notamment des stages d'internat. Plus spécifiquement, pour les médecins généralistes, il faut noter que les études de médecine proposent un **cursus hospitalo-universitaire qui prépare mal à la médecine générale, à l'exercice de ville** et plus généralement induit une hyperspécialisation des étudiants, et ce en dépit de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité au décours des épreuves nationales classantes depuis 2004.

2.1.2.2. Les enjeux sociaux

Le **mal-être** des professions de santé est souligné par de nombreuses sources depuis plusieurs années. En dépit de leur poids démographique, économique et politique mais aussi de leur prestige scientifique et symbolique, les professions de santé sont aujourd'hui confrontées à des défis qui les inquiètent et les conduisent à interroger leur positionnement social et institutionnel. Les transformations de leur relation aux patients à la faveur des évolutions sociales et technologiques, la crainte de la judiciarisation, la réforme des études ou de la gouvernance des structures hospitalières, la gestion des épidémies, les impératifs d'efficience, ou encore les défis démographiques… nombreux sont les enjeux critiques qui nourrissent le mal-être des professionnels. L'ARS, attentive aux évolutions qui affectent l'exercice de ces professions, souhaite consacrer à leur analyse partagée les **espaces de dialogue nécessaires**. L'enjeu des transformations en cours est de **remobiliser les communautés soignantes autour des valeurs fondamentales** de leur métier.

2.1.2.3. Les conditions d'exercice

Les contraintes spécifiques de la vie quotidienne en Île-de-France affectent tout particulièrement les professions de santé. Qu'il s'agisse du logement ou de l'installation en cabinet, le **prix de l'immobilier** a nécessairement un impact sur les choix professionnels. La lourdeur des transports est aussi à relier aux difficultés de recrutement des établissements de santé et médico-sociaux franciliens, notamment pour le personnel paramédical, dès lors que les contraintes imposées au personnel infirmier en termes d'horaires nécessitent d'avoir accès rapidement à son lieu de travail. En outre, en Île-de-France, des enjeux spécifiques liés à la sécurité des professionnels se font jour dans certaines zones de la région.

Les difficultés des professionnels paramédicaux engendrent un raccourcissement des durées d'exercice professionnel et d'abandon du métier. Ainsi par exemple, malgré un quota et un effort important de formation des infirmières, la durée moyenne d'exercice professionnel reste autour d'une douzaine d'années. L'aspiration à de meilleures conditions de vie et/ou de travail conduit les infirmiers à aller vers d'autres régions ou vers d'autres activités.

Plus largement, on assiste à une **évolution du rapport au travail** des jeunes médecins des deux sexes : comme l'ont très nettement fait ressortir les États généraux de l'organisation des soins en 2008, les hommes médecins des générations nées dans les années 1970, sont, comme les femmes, en quête d'un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et tous appréhendent de façon nouvelle leur exercice et leurs modes d'organisation. L'exercice mixte et l'exercice groupé sont plébiscités.

2.1.2.4. De nouveaux besoins

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer, la santé mentale et les addictions entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus transversales, plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social.

Comme l'a récemment souligné le rapport Hénart, l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques

contraintes. Le développement progressif des alternatives à l'hospitalisation classique crée également de nouveaux besoins. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé encouragées par la loi HPST sont une réponse aux enjeux de la démographie et de la qualité des organisations.

2.2 L'OFFRE EN PRÉVENTION ET EN SANTÉ PUBLIQUE

2.2.1. Prévention et promotion de la santé

2.2.1.1 Une offre riche mais dont la cohérence est limitée

La planification de l'offre en prévention et en promotion de la santé a été assurée jusqu'en 2010 au travers du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2010. Etabli sur la base d'un diagnostic régional partagé, il prévoyait 5 axes prioritaires : la lutte contre le cancer, l'accompagnement des phases de fragilisation au cours du parcours de vie, la promotion de comportements favorables à la santé, la promotion de la santé auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale et enfin la réduction des risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux. Le bilan de ce plan permet aujourd'hui d'établir le diagnostic des atouts et des limites des actions conduites jusqu'à aujourd'hui dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Ce bilan fait émerger certaines difficultés. Elles concernent notamment la cohérence des actions soutenues, renvoyant à des enjeux de gouvernance du PRSP mais aussi à une **fragilité dans la démarche de priorisation** explicite des thématiques ou des territoires. L'existence de candidats à une subvention l'emporte ainsi parfois sur l'évaluation des besoins dans le choix des actions conduites. Il est difficile d'avoir une vision globale de la synergie et de la complémentarité des actions entreprises et de leurs impacts sur un territoire et/ou une population donnée. Reste que la répartition des subventions 2010 fait apparaître une distorsion importante entre départements franciliens, Paris et la Seine-Saint-Denis ayant reçu plus de deux fois plus de financements que chacun des autres départements. La ventilation par thématique, de même, révèle par exemple la très faible représentation des actions autour de la périnatalité ou de la santé bucco-dentaire au regard de l'importante mobilisation en faveur de la prévention du VIH/sida.

Le bilan des actions conduites révèle aussi l'importante proportion de projets portés par des petites structures, avec, en 2010, 560 promoteurs soutenus pour près de 1 000 projets, conduisant à une certaine atomisation des crédits au détriment, là encore, de la cohérence et de la priorisation. En outre, la situation financière de ces petites associations n'est guère compatible avec le calendrier actuel du financement de l'appel à projet.

2.2.1.2. La qualité du service rendu

L'Île-de-France bénéficie d'une concentration exceptionnelle d'acteurs de prévention. La qualité des porteurs de projet en termes d'implication et de compétences est un atout majeur pour notre région.

Pour autant, le bilan du PRSP fait également apparaître un enjeu de qualité et d'efficience de l'offre en prévention : les projets financés souffrent d'une visibilité insuffisante au regard de l'évaluation de leur qualité comme de l'efficience globale de la stratégie de subventions conduite. L'analyse de 309 dossiers de projet d'action pour la programmation 2010 révèle qu'un tiers des dossiers présentaient une qualité jugée moyenne ou insuffisante. D'autre part, une enquête de collecte des résultats d'évaluation a été réalisée au dernier trimestre 2010 sur les évaluations des actions financées en 2009. Le taux de réponse des promoteurs a été de 72 % (soit 837 actions). Néanmoins, seuls 33 % des actions renseignent des indicateurs de résultats afin de mesurer les apports à la population. Les actions de qualité, ayant fait l'objet d'évaluation externe, ou basées sur des données probantes et des méthodes validées, sont sans doute insuffisamment valorisées et diffusées.

2.2.1.3. Des partenariats de qualité

La plupart des acteurs soulignent la qualité du travail réalisé en partenariat au niveau local. Ces partenariats concernent essentiellement : les autres

services de l'État au niveau départemental, les municipalités et leurs services de santé (Centres municipaux de santé, Ateliers santé ville, services communaux d'hygiène et de santé, etc.) dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les conseils généraux, et l'Assurance Maladie (actions des CPAM et des Centres d'Examen de Santé), les services de santé au travail. D'autre part, les projets menés en établissements scolaires sont considérés comme essentiels dans la démarche locale de prévention et promotion de la santé. Les territoires de proximité sont une priorité affirmée de la politique de santé publique dans la loi HPST et l'action en santé publique des collectivités territoriales en Île-de-France est forte et incontournable. Ces dynamiques territoriales permettent de mieux construire les actions et d'être plus performants dans la recherche de leviers et de financements.

2.2.1.4. L'enjeu des inégalités sociales et territoriales de santé

De nombreux dispositifs territoriaux coexistent et parfois se chevauchent en Île-de-France (Villes santé OMS, agenda 21, ateliers santé ville, zones ANTESYS, projet local de santé, projets médicaux de territoires, etc.) tout en s'articulant en outre souvent avec d'autres dynamiques. D'une façon générale, les programmes territoriaux de santé publique, basés sur les priorités locales et reposant sur une dynamique basée sur une démarche partagée constituent un élément essentiel de la réduction des inégalités de santé. Le précédent PRSP 2006-2010 avait fixé des objectifs précis pour deux, démarches territoriales en Île-de-France en prévoyant des créations d'ASV dans tous les départements et l'expérimentation grâce aux projets locaux de santé, d'un mode d'articulation locale entre PRSP et Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Actuellement l'Île-de-France compte une soixantaine d'ASV et seul le département de Seine-et-Marne n'a pas développé ce type de démarche.

2.2.1.5. L'articulation entre prévention et promotion de la santé, soins et médico-social

Les centres municipaux de santé, les centres d'examens de santé, notamment ceux de la Seine-Saint-Denis, et les réseaux de soins, jouent un rôle conséquent en matière d'articulation entre la prévention-promotion de la santé et le soin, en raison de leur nombre important en Île-de-France et de leur implication en matière de prévention et de promotion de la santé. Certains acteurs sont adossés à des établissements hospitaliers (par exemple les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). L'articulation entre la prévention, l'offre de soins, le médico-social et le social apparaît particulièrement nécessaire en ce qui concerne la santé mentale, les troubles du comportement, les conduites addictives et les violences notamment dans les grands ensembles. Enfin, la prévalence croissante des maladies chroniques, appelant un effort renouvelé de prévention mais aussi d'éducation thérapeutique des patients, souligne l'importance du rôle des professionnels de santé dans une démarche de prévention et de promotion de la santé qui ne saurait être cantonnée aux associations spécialisées.

2.2.2. Les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire

2.2.2.1. La veille sanitaire

La région dispose d'un éventail particulièrement bien développé d'outils de surveillance en population générale (non spécifiques et spécifiques à une pathologie) à des fins d'alerte, d'évaluation et de gestion de l'offre de soins (dispositif SURSAUD de veille sur les urgences[26], dispositifs CERVEAU[27], CAPRI[28] et SERDEAU[29], maladies à déclaration obligatoire). Certains dispositifs de suivi demandent à être améliorés (shigella, IST, toxicovigilance, etc.). Une étape importante est en passe d'être franchie avec la création d'une **plate-forme régionale** associant la C[R]VAGS et la Cire (InVS-ARS) pour recevoir, traiter ou réorienter tous signalements sanitaires entrant dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire ou témoignant de la survenue d'un phénomène décrit comme anormal ou inquiétant, constitutif d'une alerte.

Dans le domaine environnemental, l'ARS pilote de nombreux dispositifs de surveillance, soit de pathologies en partenariat avec le CAPTV[30] (saturnisme infantile et intoxications au CO), soit des milieux (suivi de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ; des eaux de baignade…).

La qualité microbiologique des eaux distribuées à la population est globalement bonne, voire très bonne. Concernant la qualité chimique, quelques secteurs géographiques sont encore alimentés par une eau non conforme vis-à-vis de solvants halogénés (quelques unités de distribution dans l'Essonne ou dans le Val d'Oise) à des teneurs ne présentant toutefois pas de risques pour la santé des consommateurs, ou bien vis-à-vis des pesticides (notamment en Seine-et-Marne, où quelques communes sont soumises à des restrictions de consommation). La prévention de ces situations repose sur la protection des prises d'eau dans le milieu naturel, la sécurisation des installations de production et distribution d'eau potable, le suivi très régulier de la qualité de l'eau (recherche d'une soixantaine de paramètres, dont des paramètres microbiologiques indicateurs de contamination fécale) par les responsables de production/distribution d'eau et par les services de l'ARS, ainsi que sur le développement d'interconnexions. Enfin, la surveillance de la qualité de l'air et des expositions au bruit est assurée par des organismes indépendants (Airparif et Bruitparif) ayant des liens étroits avec l'ARS. La limite des ces dispositifs est qu'ils portent sur l'élément surveillé lui-même, et non sur l'état de santé des populations exposées à d'éventuels dysfonctionnements.

2.2.2.2. La gestion de crise

Le principe de la gestion interministérielle des crises majeures quelle que soit leur nature confie au premier ministre et au ministre de l'intérieur l'autorité au niveau national, déclinée sous l'égide des préfets au niveau local. Le dispositif ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile), constitue un outil interministériel de premier ordre à la main des préfets, permettant la planification des actions à mettre en œuvre en organisant notamment la mobilisation et la coordination des actions de toute personne publique et privée concourant à la protection générale des populations. Il constitue un cadre au-delà duquel chaque acteur doit en outre préparer sa propre organisation de gestion de l'événement.

En situation de crise sanitaire, les préfets de département exercent les pouvoirs qui leur sont conférés en régime courant et/ou dans le cadre d'épidémies. Ils analysent les questions d'organisation et de permanence des soins et en définissent les adaptations, veillent à la continuité de la prise en charge des personnes les plus fragiles, animent et coordonnent les réseaux locaux dans le respect des compétences des collectivités territoriales en lien avec l'ARS ; ils mettent en œuvre les procédures contenues dans les plans ORSEC départementaux. Pour sa part, le préfet de zone assure la coordination et met en œuvre la mutualisation des moyens. La loi du 13 août 2004 relative à la sécurité civile précise qu'en cas d'accident, sinistre ou catastrophe dont les conséquences peuvent dépasser les limites ou les capacités d'un département, il mobilise les moyens de secours publics relevant de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics et déclenche, s'il y a lieu, le plan Orsec de zone. Dans le domaine de la santé, les préfets de département et le préfet de zone ont également compétence pour déclencher les plans blancs élargis préparés par le directeur général de l'ARS. Comme l'ensemble des opérateurs, les préfets peuvent aussi être amenés à mettre en œuvre les dispositions issues des plans nationaux de défense et de sécurité (NRBC, variole, etc.) qu'elles aient ou non fait l'objet d'une déclinaison ORSEC.

2.3. L'OFFRE AMBULATOIRE

2.3.1. Une offre de soins ambulatoire forte mais contrastée

2.3.1.1. Une offre abondante

Avec 405 médecins pour 100 000 habitants, l'offre ambulatoire francilienne est d'une particulière richesse. Ainsi, 97 % des Franciliens résident à moins de deux kilomètres d'un omnipraticien, 80 % à moins de deux kilomètres d'un gynécologue, 78 % à moins de deux kilomètres d'un cardiologue ou d'un dermatologue, etc. Cette richesse globale ne traduit toutefois pas bien les différences de situation selon les territoires et la réalité de la pyramide des âges de ces professions.

De même, la densité des professionnels paramédicaux place la région en position favorisée pour l'ensemble des professions - à l'exception des infirmiers libéraux.

La région compte par ailleurs l'une des plus fortes densités de chirurgiens-dentistes (60 pour 100 000 habitants contre 54,6 en France) et ce malgré une diminution des effectifs (-6,6 % en Île-de-France entre 2009 et 2 000 versus -2,1 % en France).

Fait unique en France, la région se caractérise par une plus forte proportion de médecins spécialistes que d'omnipraticiens (57 % versus 51 %). Ce phénomène s'explique en partie par l'attrait que représente la région dotée d'une offre hospitalière et d'une offre de formation de pointe. Conséquence de la concentration de l'offre en Île-de-France, les Franciliens optent plus facilement pour un spécialiste du domaine qui les concerne que pour un généraliste. C'est particulièrement le cas pour les pédiatres : 46 % des enfants franciliens vus en consultation le sont par un pédiatre, deux fois plus qu'en province. Les Franciliens consultent également presque deux fois plus souvent un psychanalyste, psychothérapeute ou psychologue. Une partie de l'offre spécialisée joue ainsi un rôle de soins de premier recours. La densité régionale en spécialistes cache toutefois de fortes disparités entre territoires. Conséquence de la très forte concentration de l'offre dans le centre de la région, plus de 71 % des communes franciliennes ne recensaient aucun médecin spécialiste en 2010. Ainsi, si, à Paris, les deux tiers des médecins libéraux sont des spécialistes, cette proportion tombe à moins de la moitié en Seine-et-Marne.

2.3.1.2. Les faiblesses de l'offre de premier recours

Aujourd'hui, **la densité d'omnipraticiens libéraux francilienne est plus faible que la moyenne nationale** (87 pour 100 000 habitants contre 99) et présente de fortes inégalités de répartition : 119,8 à Paris contre 69,8 en Seine-Saint-Denis. En outre, effet aggravant en Île-de-France, parmi les quelques 10 031 omnipraticiens exerçant en Île-de-France, 18 % d'entre eux le font au titre de médecin à exercice particulier (MEP), ayant une activité plus restreinte de la médecine générale au profit de l'homéopathie, de l'acupuncture ou bien encore de la gériatrie ou de la nutrition. Si, dans les 10 dernières années, les effectifs n'ont diminué que de 2,9 %, le départ d'un généraliste est souvent vivement ressenti par la population, l'enjeu concernant tant les zones rurales que les zones résidentielles, avec une sensibilité particulière dans certains quartiers difficiles où les cabinets ne trouvent pas de repreneur. La pyramide des âges et le faible taux de renouvellement constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, font craindre une détérioration générale de la disponibilité dans les cinq ans. Cette tendance démographique lourde sera amplifiée par l'évolution à la baisse des temps d'exercice souhaités par les jeunes générations de médecins.

De même, avec moins de 40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, la densité francilienne est deux fois plus faible qu'au plan national. Cette pénurie peut s'expliquer en Île-de-France par une diminution de l'offre libérale associée à des difficultés d'exercice spécifiques (charges locatives, difficultés de déplacement, développement de l'intérim…) et une présence importante de structures de soins qui « concurrencent » l'exercice libéral dans une plus grande proportion qu'en province.

Enfin, le **recours aux officines est également fragilisé** car si, aujourd'hui, la densité régionale est favorable, on note des disparités entre, d'une part, Paris, qui connaît une forte concentration d'officines et, d'autre part, les marges rurales de la région telles que l'Essonne Sud et la Seine-et-Marne ainsi que les zones urbaines sensibles. Par ailleurs, cette concentration de l'offre engendre également des faiblesses financières, accrues par les charges immobilières, qui se traduisent dans les chiffres de fermetures d'officines en Île-de-France qui, avec 35 faillites ou départs sans revente en 2010 (soit 0,86 % des officines de la région) ont connu une certaine accélération au cours de l'année 2010.

2.3.1.3. L'accessibilité financière de l'offre libérale

A une densité de spécialistes plus forte que la moyenne nationale s'ajoute pour la région une densité particulièrement élevée de spécialistes exerçant en secteur 2 dit à honoraires libres (69 pour 100 000 habitants versus 35 pour 100 000 habitants en France métropolitaine). En Île-de-France, **6 spécialistes sur 10 exercent en secteur 2**, cette proportion étant de 4 sur 10 sur l'ensemble du territoire français.

Une partie de cette situation tient aux coûts franciliens élevés. La charge foncière qui pèse sur les professions libérales est en effet plus élevée en Île-de-France, à quoi s'ajoutent des dépenses professionnelles plus

importantes, l'effet étant particulièrement fort dans Paris et sa petite couronne.

L'activité libérale se trouve de surcroît marquée par le poids des activités relevant de tâches administratives qui réduisent le temps médical consacré aux patients. Quelles que soient les enquêtes, et même si les connaissances en la matière demanderaient à être approfondies dans notre région, on constate que les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, déclarent supporter des tâches administratives trop lourdes, cette perception s'appliquant tant à la gestion du cabinet (comptabilité, commandes, entretien) qu'à l'accompagnement non clinique d'un patient (rédaction de certificats, constitution de dossiers administratifs) en passant par la télétransmission ou la gestion des tiers payants[31]. L'ARS souhaite favoriser la compréhension de ces contraintes spécifiques de l'exercice libéral et de leur impact éventuel sur les caractéristiques franciliennes de répartition de l'offre entre secteur 1 et secteur 2.

2.3.2. Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches

2.3.2.1. Coordination des soins : l'expérience des réseaux

Avec plus de 90 réseaux de santé, l'Île-de-France est la région qui compte le plus grand nombre d'organisations de ce type en France.

Leur apport majeur se situe dans la coordination des prises en charge, qu'il s'agisse notamment de créer des liens entre intervenants autour d'un patient ou de faciliter le maintien à domicile. Constituant une réponse à la difficulté de coordonner autour d'un patient la ville et l'hôpital, les réseaux de santé franciliens mènent des actions en faveur de la qualité des prises en charge (formations de professionnels, évaluations pratiques, etc.), en faveur de la coordination des parcours de soins, en faveur du maintien à domicile (gestion des urgences, entrées et sorties d'hospitalisation, liens avec les services sociaux, etc.) et en matière d'éducation pour la santé.

Deux départements peuvent être considérés comme bien dotés en termes de réseaux de santé, puisqu'ils concentrent le tiers des réseaux financés sur la région : Paris et les Yvelines. Trois départements bénéficient d'une couverture moyenne : Essonne, Hauts-de-Seine et Val de Marne. Trois départements sont relativement dépourvus : Seine-Saint-Denis, Val d'Oise et Seine-et-Marne. La couverture territoriale est quasi-totale sur les thématiques cancérologie et insuffisance rénale. Elle est relativement bonne pour les thématiques soins palliatifs et gérontologie : couverture des trois quarts de la région en soins palliatifs (zones non couvertes : ¼ du 77, les 2/3 du 95 et le centre 92) et des deux tiers en gérontologie (zones non couvertes : centre 92, sud 93, nord 77, ouest 95). Elle est de 70 % sur le diabète (zones non couvertes : 95, 78 et sud 92). En revanche, un tiers seulement de la région bénéficie de réseaux de précarité/accès aux soins, et des départements tels le 91, le 93, le 95, et le nord 77 ne sont pas du tout couverts sur cette thématique. Sur la santé mentale, les troubles du comportement, l'insuffisance cardiaque, l'obésité ou les pathologies chroniques de l'enfant, l'organisation en réseaux de santé est quasi inexistante. Enfin, Paris et la Seine-Saint-Denis ne sont que très partiellement couverts en termes de réseaux de périnatalité.

Ces structures sont hétérogènes par nature, selon les thématiques, les territoires, les populations. Cette hétérogénéité entrave leur visibilité. Souvent nés de l'initiative de professionnels de santé fortement engagés, structures légères et adaptables, les réseaux sont néanmoins fragilisés par le caractère non pérenne des financements.

2.3.2.2. Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé

Les maisons de santé sont des lieux de regroupement de professionnels de santé exerçant, en interdisciplinarité, sur un territoire constituant un bassin de vie. En favorisant le travail en équipe et la coordination de soins, en intégrant à leur projet d'autres acteurs du territoire, cette nouvelle forme d'organisation vise à répondre à la désaffection croissante pour l'exercice isolé et de ce fait à maintenir une offre de soins de qualité accessible à tous.

En Île-de-France, ce mode d'exercice tend à se diffuser ; **il est dénombré dans la région 15 maisons et pôles de santé en fonctionnement** dont 5

ayant bénéficié d'un soutien financier par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Quatre projets ayant également bénéficié d'une subvention FIQCS au titre de la réalisation des études préalables sont actuellement en phase de finalisation. Par ailleurs, 12 dossiers ont été déposés lors de l'appel à projets 2010 relatif à la création des maisons de santé pluriprofessionnelle. Ces structures pluriprofessionnelles viennent compléter une offre importante de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe souvent mono professionnels. Ces cabinets, plus attractifs que l'exercice isolé, constituent un terrain propice à des perspectives de regroupements pouvant à terme associer plusieurs professions dans le cadre d'un projet de santé bâti en commun.

De façon plus générale, la particularité de la région en termes d'urbanisation et de coût du foncier doit inciter à associer autant que possible les professionnels libéraux aux projets d'aménagement des territoires des collectivités.

2.3.2.3. Les centres de santé

Comme dans d'autres régions urbanisées et industrialisées comme Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Alpes-Côte-D'azur, les centres de santé sont fortement implantés en Île-de-France, malgré une forte baisse ces 40 dernières années (-60 %). On dénombre ainsi **près de 300 centres actifs au 1er janvier 2010**, salariant plus de 9 000 professionnels, essentiellement à temps partiel, et se répartissant de la façon suivante : 91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers.

Il s'agit de structures de proximité, organisées dans le cadre des missions définies par l'article L. 6323-1 du CSP, pour faciliter l'accès aux soins sans hébergement dans ses différentes dimensions, sociale, physique et financière. Ces centres sont tous dotés d'un projet de santé, inscrit dans un territoire qui peut être la ville ou un quartier. Ils sont dans ce cadre souvent associés à la politique de santé des villes.

Ensemble de structures très diverses, les centres de santé peuvent être gérés par des municipalités, par des associations, des mutuelles ou d'autres organismes (congrégations, établissements publics, caisses d'Assurance Maladie) et sont tous à but non lucratif, salarient leurs praticiens et pratiquent le tiers-payant et des tarifs opposables.

Les centres de santé ont un rôle important comme acteurs de santé publique, 90 % d'entre eux déclarant mettre en œuvre au moins une action de prévention ou d'éducation à la santé. Principalement localisés dans des communes ou quartiers économiquement défavorisés, certains d'entre eux accueillent une proportion de patients en situation de précarité ou socialement défavorisée particulièrement élevée. **Ils contribuent à compenser partiellement dans certaines zones les fragilités de l'offre**, comme l'illustre le cas de la Seine-Saint-Denis, où, selon la CPAM 93, au premier semestre 2010, ils représentaient 8,3 % des dépenses ambulatoires d'honoraires, d'actes d'auxiliaires médicaux et de biologie. De même, on constate à Paris, où, selon la CPAM les centres de santé réalisent 15 % des consultations en ambulatoire, que la proportion atteint un niveau d'autant plus élevé selon les spécialités que l'offre de secteur 1 y est limitée : 33 % pour la rhumatologie (13 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1), 30 % pour les consultations ORL (6 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1), 30 % pour la dermatologie (16 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1).

Les centres de santé se concentrent en quasi totalité à Paris, dans la petite couronne et dans des chefs lieux de département, laissant de côté des secteurs entiers urbanisés depuis 1960, surtout en périphérie, où des populations en difficulté sont pourtant mal dotées en offre de soins libérale.

De nombreux centres connaissent aujourd'hui des **difficultés financières importantes** (7 centres sur 10 souffrent d'un déficit chronique d'exploitation). Cette situation tient à de multiples facteurs dont notamment :

- une pratique et une organisation peu adaptée à leur source exclusive de financement constituée par le paiement à l'acte justifiant en Île-de-France la participation forte de ces structures à l'expérimentation « Nouveaux modes de rémunération » (article 44 de la LFSS 2008) ;
- des difficultés de gestion et de management : amplitude horaire inégale, rapport personnel soignantet autres personnels insuffisant, part importante de patientèle socialement défavorisés davantage consommatrice de moyens, activités non rémunérées (prévention, sociale, accès aux

droits), coût du tiers payant, etc. ;
- des difficultés de recrutement de praticiens notamment spécialisés.

2.4. L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

2.4.1. Une offre riche et de qualité…

2.4.1.1. Une offre dense et diversifiée

L'offre hospitalière francilienne est dense, diversifiée et couvre des besoins locaux, régionaux et parfois nationaux. Environ **420 établissements de santé**, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble des territoires de santé de la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Île-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, la région compte d'**importants établissements hospitalo-universitaires appartenant à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)** dont l'activité représente environ un tiers des séjours de l'Île-de-France. Parallèlement, plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire. Environ 180 établissements proposent des activités de chirurgie et 230 en médecine, plus de 200 établissements proposent des soins de suite et de réadaptation, une centaine d'établissements sont autorisés à la pratique de médecine d'urgence, une centaine de structures se répartissent à la pratique des activités de gynécologie-obstétrique, et la région compte 75 unités de réanimation. Pour certaines activités très spécifiques nécessitant des actes de haute technicité, l'offre de soins est répartie sur un nombre de structures beaucoup plus réduit (une vingtaine d'établissements pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, une quinzaine d'établissements pour la réanimation néonatale, etc.). Parallèlement à l'offre proposée par ces différentes structures, certaines filières de soins, organisées pour répondre à des besoins précis de santé publique, ont été identifiées et reposent sur un principe de complémentarité entre elles sur un territoire donné. Certaines de ces filières ont été labellisées, à l'exemple des filières gériatriques (une quarantaine en Île-de-France).

La densité de l'offre francilienne est illustrée par une étude récente de la DREES, qui démontre que l'Île-de-France est la région où l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population, le temps médian pour accéder à cette offre y étant de 15 minutes alors qu'il est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises[32].

Pour autant, la région paraît caractérisée par un recours plutôt moindre à l'hôpital que les taux nationaux moyens (en 2009, 213 versus 216 en MCO, 621 versus 517 en SSR, et 339 versus 3 893 en psychiatrie). On observe par contre des différences non négligeables entre départements dans les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge.

2.4.1.2. Les évolutions dans la consommation de l'offre

Les grandes tendances qui se dessinent dans la consommation de l'offre de soins hospitaliers de court séjour concernent la **réduction des durées de séjour**, une certaine stabilisation de l'hospitalisation complète et des poids respectifs des divers secteurs d'hospitalisation, et enfin **une croissance des activités sans hospitalisation**, que les soins demandés soient programmés ou non.

Depuis de nombreuses années, l'activité de l'hôpital sans hospitalisation complète se développe. C'est le cas de l'ensemble des activités paracliniques, des avis et conseils dispensés. Cette évolution est aussi constatée pour la chirurgie ambulatoire et pour les activités ambulatoires de chimiothérapie ou de dialyse par exemple, dont la croissance respective entre 2006 et 2009 a été de 21 % et de 17,6 %. Quant à la **chirurgie ambulatoire**, qui est plus pratiquée en Île-de-France qu'en moyenne française, elle atteint 80 % pour les 17 gestes marqueurs sélectionnés au niveau national.

Pour sa part, l'**hospitalisation à domicile** a fortement progressé au cours des six dernières années (+16 %) plaçant l'Île-de-France en tête des régions françaises (avec un taux de 10 324 journées pour 1000 000 habitants), les principales interventions concernant le domaine du cancer (soins palliatifs, chimiothérapie,

nutrition, douleur, prise en charge psychologique et/ou sociale), la neurologie (rééducation, soins de nursing lourds) et l'obstétrique (ante et post-partum).

Les parts de marché entre les différents statuts montrent une faible évolution sur le long terme, en dehors de l'obstétrique où la place du secteur public croît.

L'effet de segmentation des séjours qu'on aurait pu craindre du fait de la T2A n'est globalement pas constaté.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, alors qu'en 1997, la région était la deuxième région la plus défavorisée du pays, l'effort consenti ces dernières années a permis d'augmenter le nombre d'établissements de 50 % en 2008 pour totaliser un peu plus de 18 000 lits, la part prise par le secteur privé dans cette évolution étant notable.

S'agissant des flux intrarégionaux de patients, la situation francilienne se caractérise par un niveau élevé de couverture locale à Paris (plus de 80 % de la demande) et en grande couronne (des deux tiers des besoins aux trois-quarts selon les départements) et moindre en petite couronne. En effet, la forte attractivité des établissements de Paris s'exerce principalement sur les résidents de la petite couronne. Il faut également souligner l'attractivité de certains établissements périphériques sur les habitants des départements limitrophes de l'Île-de-France ; l'attractivité extra régionale concerne environ 7 % des séjours.

2.4.1.3. La qualité des soins prodigués

En matière de qualité et de sécurité des soins prodigués dans les établissements de santé, **les résultats de la certification HAS des établissements franciliens font apparaître une situation régionale favorable**. En 2009, sur 437 établissements franciliens éligibles, 115 établissements ont été certifiés, dont 60 avec suivi et 9 gardant des réserves après mesures de suivi, soit 16 % d'établissements de santé certifiés avec réserves (taux moyen national : 20 %). La certification avec réserves est bien plus fréquente dans les établissements publics (71 %) que dans les établissements privés, lucratifs (47 %) ou non lucratifs (36 %). C'est en Seine-et-Marne que l'on retrouve la plus forte proportion d'établissements certifiés avec réserves (70 %), suivi des Yvelines (67 %) alors que seuls 43 % des établissements de l'Essonne et 30 % de ceux du Val d'Oise sont dans ce cas. Les deux thèmes qui font plus fréquemment l'objet de réserve concernent la gestion et le circuit du médicament et la politique de gestion des risques.

Concernant la **lutte contre les infections nosocomiales**, les résultats régionaux font apparaître une évolution favorable depuis 2007 et une comparaison favorable par rapport aux moyennes nationales. Sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, le seul qui fasse apparaître une situation moins favorable que les moyennes nationales concerne le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, ce qui nécessite une réflexion sur l'organisation de cette interface en Île-de-France.

Concernant la sécurité transfusionnelle, l'Île-de-France n'est pas en situation d'autosuffisance en matière de collecte et de préparation de concentrés de globules rouges et importe 45 % de ses besoins. L'accès aux produits sanguins labiles, le transport des tubes pour analyse reposent sur une organisation logistique fragile (délais) dont la charge va s'accroître du fait des regroupements de plateaux techniques.

2.4.2. …qui fait face à d'importantes transformations

2.4.2.1. Le SROS III : un levier majeur de transformations récentes qui rencontre ses limites

Elaboré progressivement dès 2005, **le SROS III a porté une ambition majeure en termes de réorganisation des prises en charge**, l'un des enjeux ayant notamment été de promouvoir progressivement les seuils minimums d'activités garants des tailles critiques d'organisation, rendus nécessaires pour répondre à des objectifs de qualité de la prise en charge et pour améliorer l'attractivité afin de faciliter le recrutement des professionnels. Cette évolution a été manifeste dans le domaine de la chirurgie avec une réduction progressive du nombre d'établissements (-35 % entre 1996 et 2008) malgré une augmentation globale de l'activité chirurgicale. De même, malgré une augmentation de 12 % des accouchements sur la même période,

le nombre de centre périnatals a diminué de 30 %. Les derniers volets publiés du SROS, relatifs à la cancérologie ou à la cardiologie interventionnelle, ont encore poursuivi cette orientation avec des contraintes de seuils d'activité imposant parfois des restructurations importantes à l'échelle des territoires, voire de la région. Le volet imagerie du SROS, publié en septembre 2008 a permis d'augmenter le parc d'équipements mais aussi d'instituer des objectifs d'activité par machine qui ont contribué à impulser une culture de l'efficience des plateaux médico-techniques.

Au-delà des transformations induites par le SROS, il convient de bien mesurer les **bouleversements considérables vécus par le monde hospitalier depuis 2006**. Simultanément à l'adoption des SROS de troisième génération, les établissements de santé ont connu une transformation majeure de leurs organisations internes avec la création des pôles et le renforcement du projet d'établissement, fondé sur un projet médical, comme exercice stratégique majeur. En outre, 2005-2006 ont également été les premières années d'une montée en charge très progressive de la tarification à l'activité (T2A) qui ne connaîtra son plein aboutissement qu'en 2011 avec la fin des différents mécanismes d'ajustement dans le secteur public (coefficient de transition).

Les opérations de rapprochement et de recompositions s'inscrivent dans un mouvement de rationalisation de l'offre de soins hospitalière, qui porte notamment sur les plateaux techniques. Dans certains territoires franciliens, ce processus est déjà largement engagé ; dans d'autres, il nécessite d'être soutenu. L'expérience du groupement de coopération sanitaire rassemblant les 3 établissements publics de la Seine-et-Marne nord est prometteuse. Il reste que, en 2009, l'Île-de-France paraissait moins dynamique que d'autres régions dans la formation de GCS (9 pour la région).

2.4.2.2. Le défi de la transversalité

Malgré l'important travail conduit autour des projets médicaux de territoires dans le cadre du SROS III, l**a transversalité des prises en charge à l'échelle des territoires reste le défi majeur**.

Pour ne prendre qu'un exemple, l'insuffisante coordination de la prise en charge des personnes âgées malades est déplorée de manière quasi unanime. Les indicateurs qui signalent une qualité globale insuffisante du système dans la prise en charge des personnes âgées sont nombreux et largement étayés par la littérature scientifique ou les rapports qui lui sont consacrés. Il s'agit notamment de l'utilisation des urgences hospitalières comme premier recours, y compris par des patients âgés en institution, mais aussi du manque de coordination des hôpitaux dans le suivi post-hospitalisation ou encore des conditions de la mort à l'hôpital.

Plus largement, le phénomène des hospitalisations évitables ou inadéquates illustre un déficit d'articulation entre l'hospitalisation et l'amont ou l'aval des parcours de santé. Les hospitalisations évitables, c'est-à-dire qu'une prise en charge en ville en amont aurait permis d'éviter, illustrent un défaut de cohérence des parcours corrélé avec les inégalités sociales. Selon une étude récente, on estime qu'en 2006 10 % des journées en Île-de-France étaient « potentiellement évitables » moyennant une prise en charge d'amont adaptée[33]. Les hospitalisations inadéquates, dont ont estime couramment qu'elles peuvent représenter entre 15 % et 30 % des journées hospitalières, sont pareillement le témoignage des marges de progression qui demeure dans l'articulation entre les différents secteurs de prise en charge.

Longtemps accoutumé à s'organiser seul pour guérir des patients atteints de pathologies aiguës, l'hôpital doit désormais poursuivre un virage amorcé récemment pour s'adapter à la prise en charge de pathologies chroniques et devenir un maillon parmi d'autres de parcours de soins individuels sans cesse complexifiés. Alors que les besoins en hospitalisation complète évoluent peu, la transition vers la prise en charge en ambulatoire est encore peu aboutie.

2.4.2.3. Le défi de l'efficience

L'aboutissement de la réforme du financement et la crise économique marquent fortement les perspectives des établissements de santé. Le contexte économique des prochaines années sera fortement contraint autour d'une progression globale de l'ONDAM (+3 % en 2010, +2,9 % en 2011, +2,8 % en 2012) avec un impact plus fort sur des tarifs hospitaliers qui pourraient demeurer stables, voire négatifs.

Il faut rappeler que le total des déficits des établissements de santé publics (hors AP-HP) et ESPIC

a fortement diminué entre 2007 (132 M€) et 2009 (52 M€). Ces déficits tiennent chaque année compte des aides importantes allouées par l'ARH sur la période, soit conformément aux engagements pris dans le cadre des Contrats de retour à l'équilibre passés avec les établissements déficitaires, soit sous forme d'aides exceptionnelles de fin d'année. En l'absence de ces aides financières de l'ARH, le total des déficits serait passé de 235 M€ en 2007 à 185 M€ en 2009, réduction essentiellement due aux établissements publics hors AP-HP.

En 2010, à l'issue d'un exercice beaucoup plus contraint qu'en 2009, marqué par une stabilité des tarifs et une évolution du nombre des séjours de 0,3 % (hors séances), la diminution du total des déficits (hors AP-HP) avant aides de l'ARS est très sensible. Il s'établit à 105 M€, en baisse de 43 % (79 M€). Cette amélioration est quasiment la même pour les EPS (-38 M€) et pour les ESPIC (-41 M€).

Sur les 185 établissements concernés, 86 clôturent l'exercice à l'équilibre avant aide de l'ARS, 42 en excédent, et 57 en déficit (toujours avant aide contractuelle d'accompagnement au retour à l'équilibre). Parmi ces situations déficitaires, 10 établissements (7 publics et 3 ESPIC) concentrent 60 % du total des déficits. Ils font l'objet en 2011 d'un accompagnement rapproché par l'ARS.

L'évolution du résultat de l'AP-HP constitue une problématique spécifique. Conjuguée aux effets de la résorption progressive du coefficient de transition élevé dont bénéficiait initialement l'institution, une campagne de redistribution de crédits MIGAC de l'AP-HP vers les autres établissements de la région et vers les autres régions a sensiblement réduit le niveau de ses recettes. Cependant, en raison, notamment, de campagnes successives de révision de ses effectifs en liaison avec de complexes opérations de restructuration interne, l'AP-HP parvient à contenir son déficit d'exploitation à un niveau d'environ 1,5 % de sa masse financière.

Ainsi la majorité des établissements de santé présentent en 2010 des résultats d'exploitation favorables mais quelques établissements franciliens, souvent de taille importante, présentent des résultats d'exploitation significativement voire fortement déficitaires en 2010, en raison soit de difficultés héritées (positionnement stratégique, structure architecturale...), soit d'incapacités d'ajustement à des contraintes économiques et budgétaires issues de la réforme de la tarification. Aux défis à venir dans le prolongement de la T2A en termes de reconversions et de concurrence s'ajoute pour de nombreux établissements la contrainte de la mise aux normes des bâtiments.

2.4.2.4. Les ressources humaines hospitalières

Les activités de santé constituent un domaine dans lequel le facteur essentiel est le facteur humain. Les contraintes tenant aux missions des établissements de santé (ouverture de jour comme de nuit, toute l'année, activités très diversifiées et allant jusqu'aux plus techniques, évolutions des modes de prise en charge...) pèsent lourdement sur leurs personnels et sur l'organisation du travail, et s'ajoutent en Île-de-France à des contraintes spécifiques (transports). L'environnement hospitalier a particulièrement été touché par la loi dite 35 heures qui a profondément modifié les relations entre professionnels (réduction des temps de transmission, d'échanges et de coopérations) et l'organisation interne des établissements de santé, particulièrement en Île-de-France où les négociations lors de leur mise en place se sont faites dans des conditions difficiles (climat social dégradé, pénurie de personnels infirmiers,...).

2.5. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

A la différence du champ sanitaire, le secteur médico-social doit rester dans une perspective de croissance :

- parce que la région dispose d'**une offre moins dense que la moyenne nationale** (à la différence du champ sanitaire) ;
- parce que l'évolution démographique augmente mécaniquement les besoins médico-sociaux ;
- parce que la mutation épidémiologique que connaît le pays accroît fortement la prévalence des pathologies qui supposent une prise en charge médico-sociale (Alzheimer, Parkinson mais aussi AVC, lésions cérébrales acquises chez le jeune adulte,...) ;
- parce que **les progrès thérapeutiques rendent progressivement chroniques de nom-**

breuses pathologies aiguës (VIH, diabète, cancer,…) et accroissent de façon spectaculaire l'espérance de vie des personnes handicapées (trisomie, polyhandicapés).

- Ces perspectives de croissance nécessaire de l'offre médico-sociale sont du reste confirmées au regard des nombreux indicateurs du CPOM de l'Agence qui sont consacrés à leur suivi[34].

2.5.1. Une offre médico-sociale de qualité mais sous-dotée…

S'il est difficile de définir un taux d'équipement cible en matière d'offre médico-sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, il reste qu'aujourd'hui **la région Île-de-France paraît à bien des égards sous-dotée**.

2.5.1.1. Prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées doit répondre à des besoins spécifiques. Comme l'a cependant démontré le HCAAM dans sont rapport sur les dépenses d'Assurance Maladie et le vieillissement, les besoins spécifiques de prise en charge des personnes âgées correspondent certes à une prévalence plus élevée des pathologies et incidents, mais surtout à **un état général de fragilité qui requiert des parcours de santé tout particulièrement coordonnés et appelle une approche globale d'accompagnement sanitaire et social**.

La part des Franciliens de 75 ans et plus devrait augmenter de 1,2 point, passant de 6,1 % de la population totale en 2005 à 7,3 % en 2020. Les départements de la grande couronne vont connaître les taux d'évolution les plus élevés (entre 20 et 25 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus et entre 44 et 61 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus), les départements des Yvelines et de l'Essonne étant les plus concernés. De plus, avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Enfin, les projections réalisées par l'INSEE à l'horizon 2025 et 2030 confirment ces évolutions et font apparaître une augmentation majeure du nombre de malades Alzheimer chez les 85 ans et plus (+ 84 % entre 2006 et 2030).

L'évolution d'ici 2020 du nombre de personnes âgées dépendantes et de leurs modes de vie entraînera un **besoin accru d'aidants professionnels**, à domicile comme en institution. Selon les scénarios d'évolution de l'offre d'hébergement en Île-de-France, il faudrait créer entre 18 000 et 28 500 emplois en institution et 19 400 emplois à domicile entre 2004 et 2020 afin de répondre aux besoins des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et d'améliorer leur prise en charge. En particulier, le nombre d'emplois de personnel soignant devrait progresser de façon soutenue. A domicile, la majorité des emplois resteraient des emplois d'aide à la vie quotidienne.

L'hébergement permanent des personnes âgées est assuré par **650 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 59 000 places autorisées en hébergements complet**. Le taux d'équipement régional en EHPAD est de 75,4 **places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en 2010, soit un taux bien inférieur à la moyenne nationale** qui est de 118 places pour 1 000 habitants. Il ya près de 60 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) dans la région, qui sont chargés d'informer et d'orienter les usagers, de fédérer les acteurs du secteur et de coordonner les interventions autour des personnes âgées. La région n'étant pas couverte en totalité, avec des situations départementales variées et des évolutions probables, il est prévu de revoir leur nombre ainsi que leur périmètre d'intervention.

L'ARS poursuit le développement de l'offre en mobilisant les crédits disponibles, principalement les crédits relevant du PRIAC et alloués par la CNSA sous forme d'enveloppes anticipées au titre des années 2011-2012-2013, l'objectif restant de contribuer au rééquilibrage territorial de l'offre médico-sociale entre, d'une part, les départements de Paris et de la petite couronne et, d'autre part, les départements de la grande couronne. Une partie de ces crédits sera consacrée à la programmation de premiers appels à projets. Près de 45 M€ vont permettre de financer 4 300 places (hébergement complet, hébergement temporaire, accueil de jour, services de soins infirmiers à domicile) dont plus de 1 100 sous forme d'appels à projets.

2.5.1.2. Prise en charge des personnes en situation de handicap

Les transformations de l'incidence des déficiences de naissance ou acquises doivent constituer la base de l'analyse prospective des besoins car elles doivent induire une recomposition en profondeur de l'offre (enfant vers adulte, établissement vers milieu ordinaire). De ce point de vue, bien que les données encore trop parcellaires ne permettent pas d'être absolument affirmatif, l'incidence des principales déficiences de naissance ou acquises est globalement stable. Si l'incidence de certaines déficiences régresse, pour d'autres elle semble au contraire progresser. En revanche, la prévalence des déficiences progresse, elle, de façon importante en raison du vieillissement accéléré des personnes handicapées au regard de la population générale. Celui-ci, qu'illustre par exemple le fait que l'espérance de vie des personnes trisomiques en établissement augmente de 1,7 an chaque année, induit un nécessaire rééquilibrage du soutien aux personnes, des aidants naturels, forcément moins nombreux au fil de l'avancée en âge, vers les structures et les dispositifs d'accompagnement. La problématique des personnes handicapées avançant en âge et dont le vieillissement est souvent prématuré mérite une vigilance particulière.

Globalement, la région Île-de-France est sous-dotée par rapport au taux d'équipement national en ce qui concerne l'accueil tant des adultes que des enfants.

Le taux d'équipement en places pour enfants handicapés au 31 décembre 2010 est de 7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, par rapport à la moyenne nationale qui est de 8 places. Les 21 200 places offertes se répartissent entre des établissements de type IME (terme générique regroupant, toutes déficiences confondues, les établissements d'éducation spéciale) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), des services à domicile : services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD, 6 818 places). Les structures telles que les centres d'accueil médico-social précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne sont pas comptabilisées dans ce bilan, le nombre de places n'étant pas significatif et l'offre devant s'évaluer en nombre d'enfants suivis.

Au niveau régional, les équipements les plus importants en nombre de places pour enfants concernent la déficience intellectuelle (41 %), les déficiences sensorielles (12 %) puis le handicap moteur (10 %). En termes d'équipement pour l'accueil des enfants souffrant de handicap, la Seine-Saint-Denis enregistre le taux le plus bas, la Seine-et-Marne et l'Essonne ayant un taux supérieur à la moyenne régionale.

Pour les adultes handicapés, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent les personnes nécessitant des soins constants sur 3 299 places (soit un taux de 0,51 pour 1 000 habitants, versus 0,64 pour la moyenne nationale). Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) offrent 2 507 places à des personnes très dépendantes. Le travail protégé repose sur 16 406 places en établissements d'aide par le travail (ESAT), soit un taux de 2,53 places pour 1 000 habitants, versus 3,28 pour la moyenne nationale. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont la création est récente, totalisent 1 177 places sur la région.

En matière d'offre à destination des personnes handicapées, l'Île-de-France se caractérise ainsi par un déficit de places en établissements et services par rapport à la moyenne nationale. Ce retard est progressivement réduit, car **la région est engagée dans une forte dynamique de rattrapage** et bénéficie depuis plusieurs années du soutien financier du ministère en charge du handicap et de mesures nouvelles conséquentes, tant sur le budget de l'Assurance Maladie que sur le budget de l'État. Le nombre de places en établissement a ainsi progressé de 85,6 % depuis 2004 et, chaque année, entre 1 500 et 2 000 places nouvelles sont financées en faveur des enfants et des adultes présentant différents types de handicaps, pour des projets portés par des associations gestionnaires. La volonté de maintenir ce dynamisme s'exprime dans le PRIAC qui affiche une programmation ambitieuse de création de 3 345 places nouvelles en établissements entre 2009 et 2013.

2.5.1.3 Prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Le secteur médico-social « personnes en difficultés spécifiques » recouvre le champ de la prise médico-sociale en addictologie (Centres d'accueil et

d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et communautés thérapeutiques) ainsi que celui de l'accompagnement médico-social et de l'hébergement des personnes ayant des besoins spécifiques (Appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)).

L'offre médico-sociale francilienne en direction des personnes en difficultés spécifiques comprend, au 1er janvier 2011 : 71 CSAPA (35 « généralistes », 22 spécialisés « alcool », 14 spécialisés « drogues illicites »), 21 CAARUD et 1 communauté thérapeutique. On compte par ailleurs 675 places d'ACT, 384 places en LHSS et 24 places en LAM (dispositif expérimental ouvert depuis décembre 2010).

Si l'offre francilienne présente un certain nombre d'atouts, regroupant au sein du périmètre régional l'ensemble des ressources et des compétences (CSAPA, CAARUD, prise en charge en ambulatoire et en hébergement thérapeutique, consultations jeunes consommateurs, etc.), elle est néanmoins répartie de façon hétérogène et inégale selon les territoires. Par ailleurs, outre le fait que le secteur médico-social en addictologie est récent et qu'en cela il manque encore de visibilité et de lisibilité, le dispositif francilien rencontre plusieurs difficultés et/ou manques qui le fragilisent et participent à rendre son action difficile et complexe.

2.5.2. …qui fait face à de nombreux défis

2.5.2.1. Un accès géographique et financier inéquitable

L'offre en EHPAD est déséquilibrée au niveau territorial entre le centre (Paris et petite couronne) et la grande couronne en matière d'accueil des personnes âgées dépendantes, ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité.

Dans le domaine du handicap, au niveau de l'offre, on constate un déséquilibre et une pénurie d'équipements dès lors que l'on étudie l'offre par type de déficience et par territoire. Cependant ce constat doit être nuancé par une analyse plus transversale tenant compte des proximités géographiques et des moyens d'accès.

La difficulté historique à créer des places au cœur de l'Île-de-France a conduit les établissements médicosociaux des départements de grande couronne à jouer un rôle de ressource pour les personnes âgées ou handicapées de la région. Il faut aussi souligner le maintien de nombreux adultes handicapés dans les établissements pour enfants au titre de l'« amendement Creton » ; il faut également souligner l'hébergement en Belgique de nombreux Franciliens (195 enfants ou jeunes adultes, presque exclusivement dans des structures conventionnées, et 315 adultes, essentiellement dans des structures non conventionnées).

L'accessibilité économique des EHPAD présente des difficultés qui vont croissant (écarts accrus entre tarifs et revenus) et font obstacle au libre choix des personnes. Il est d'ores et déjà certain que le reste à charge moyen en EHPAD dépasse les 150 % du revenu disponible, ce qui constitue un défi majeur pour éviter le maintien à domicile contraint, dont on sait qu'il peut donner lieu à des formes de maltraitance.

2.5.2.2. Qualité et bientraitance : des efforts à poursuivre

Les ARS participent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Le souci de la bientraitance dans les pratiques des professionnels se traduit par une culture du respect de la personne de son histoire et de son projet de vie, de sa singularité et par une valorisation de son expression et de ses droits.

Dans un autre registre lui aussi déterminant pour la qualité des prises en charge, il faut souligner que la garantie de conditions matérielles d'accueil satisfaisantes n'est pas assurée partout, du fait de l'obsolescence d'une partie du parc en EHPAD, mais aussi dans le secteur du handicap des IME et des MAS.

2.5.2.3. Articulation avec les établissements de santé : des passerelles à renforcer

En Île-de-France, **alors que les personnes âgées de 75 ans et plus constituent 6 % de la population, elles représentaient en 2009 16 % des hospitalisations** et 26,7 % des journées d'hospitalisation (versus 23 % en 2005). Le taux de recours à l'hospitalisation est de 45 % contre 16 % pour les patients de moins de 75 ans. Or ces recours peuvent se révéler inadaptés pour les personnes âgées, du fait notamment d'une mauvaise coordination des acteurs autour des besoins spécifiques de cette population.

Ces dernières années, le processus de médicalisation s'est largement développé, beaucoup d'établissements pour personnes âgées ayant signé une convention tripartie leur permettant d'accueillir des personnes dépendantes. Le renforcement de cette médicalisation doit se poursuivre afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées accueillies. La médicalisation insuffisante conduit notamment certains EHPAD à ne pas être en capacité d'accueillir dans de bonnes conditions les malades Alzheimer, faute, notamment, de personnels formés et qualifiés. Face à ce constat, de nouveaux dispositifs de prise en charge des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement se développent actuellement au sein des EHPAD : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Leur développement traduit la prise de conscience de la spécificité de certaines pathologies et de la nécessité d'un accompagnement spécifique.

2.5.2.4. Des initiatives porteuses pour l'accompagnement du maintien à domicile

Le maintien à domicile dans de bonnes conditions dépend, pour une part importante, de l'accès aux soins de premier recours. Il demande aussi que les services d'aide à domicile parviennent à résoudre les problèmes de financement, d'émiettement et de professionnalisation auxquels ils sont souvent confrontés.

La région compte une offre importante en **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** avec 200 services totalisant 16 000 places couvrant la totalité du territoire francilien, même si certains territoires nécessitent un renforcement des capacités en places. Mais l'offre apparaît toutefois mal adaptée aux besoins : nature et modalités des interventions, amplitude des horaires d'intervention, notamment en soirée, voire la nuit, orientation prévue de la tarification vers les cas lourds pour fluidifier les sorties de services de soins de suite et de réadaptation, place respective des SSIAD et de l'hospitalisation à domicile, etc. En outre, il n'y a pas une bonne adéquation du mode de financement actuel pour couvrir les évolutions d'activités constatées et les besoins émergents.

La création d'équipes spécialisées Alzheimer, au titre du Plan Alzheimer 2008-2012, constitue une mesure importante de diversification et de renforcement de l'action des SSIAD. Il faut faire mention également des **Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)** destinées à favoriser la coordination des prises en charge relevant à la fois du champ sanitaire et médico-social en vue d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne. A la suite des expérimentations menées en 2009-2010, 2 MAIA sont aujourd'hui en fonctionnement sur la région (à Paris et dans le Val de Marne). Elles seront suivies en 2011 de 3 nouvelles MAIA, sélectionnées à l'issue d'un appel à candidatures, entamant ainsi le début de la généralisation de ce dispositif sur les territoires.

L'aide au maintien à domicile dans le secteur de l'enfance handicapée est assurée par les **SESSAD** dont le développement s'est renforcé au cours des dernières années afin de permettre l'intégration de l'enfant dans le milieu ordinaire (notamment pour favoriser l'inclusion scolaire). L'offre qui doit encore évoluer quantitativement pour répondre aux besoins pourrait être mieux adaptée aux besoins d'aide à la pré-professionnalisation (élargissement des âges de prise en charge et des modes d'intervention). De même, en ce qui concerne les adultes handicapés, la montée en charge récente des SAMSAH (les premières structures ont ouvert en 2007) vient diversifier les modalités d'aide au maintien à domicile ou en logement adapté.

2.5.2.5. Une offre à développer : les structures de répit et logements-foyers

L'offre de prise en charge en accueil de jour et en hébergement temporaire (AJ, HT) au sein des EHPAD ou de structures médico-sociales autonomes est indispensable pour concourir au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en apportant des réponses diversifiées selon leurs besoins. Elles sont actuellement insuffisantes en capacités. Il y a actuellement 2 700 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire autorisés, dont plusieurs centaines sont encore à installer. Face au constat actuel d'un éparpillement relatif de ces places, qui entrave la capacité d'assurer des prises en charge de qualité et de constituer de véritables solutions alternatives, **l'ARS s'est engagée dans l'accompagnement de la restructuration de l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire**.

Le parc des logements-foyers, ancien et souvent inadapté, a tendance à diminuer. Il compte en Île-de-France plus de 450 structures avec une capacité de 25 000 places. A la frontière entre maintien à domicile et accueil en établissements pour des personnes non dépendantes, en recherche de sécurité, de services et de lien social, les logements-foyers nécessitent d'être rénovés et confortés dans leur équilibre économique.

Dans les structures pour enfants et adultes handicapés, la diversification des modes d'accueil (accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel, internat de week-end) pour faciliter des périodes de répit est récente et sa mise en œuvre se heurte à des difficultés de financement et de fonctionnement, notamment dans les établissements de l'enfance (la tarification de la majorité des établissements étant basée sur la notion de nombre de journées). Dans les établissements pour adultes, ces modes d'accueils alternatifs posent le problème des besoins spécifiques de transports afin de favoriser l'accès aux services.

2.5.2.6. Efficience : une logique insuffisamment développée

Beaucoup de structures n'atteignent pas la taille critique (SSIAD) et restent peu accessibles en raison de l'absence de prise en charge adéquate et suffisante des transports (notamment pour les accueils de jour).

La logique d'efficience de la dépense reste insuffisamment développée : inégalités dans l'allocation des ressources avec des écarts considérables au regard du service rendu (problématique de la convergence tarifaire) et une tarification contre-incitative qui ne tient pas compte de la lourdeur des cas pris en charge (SSIAD et secteur du handicap).

3. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIÈRES[35]

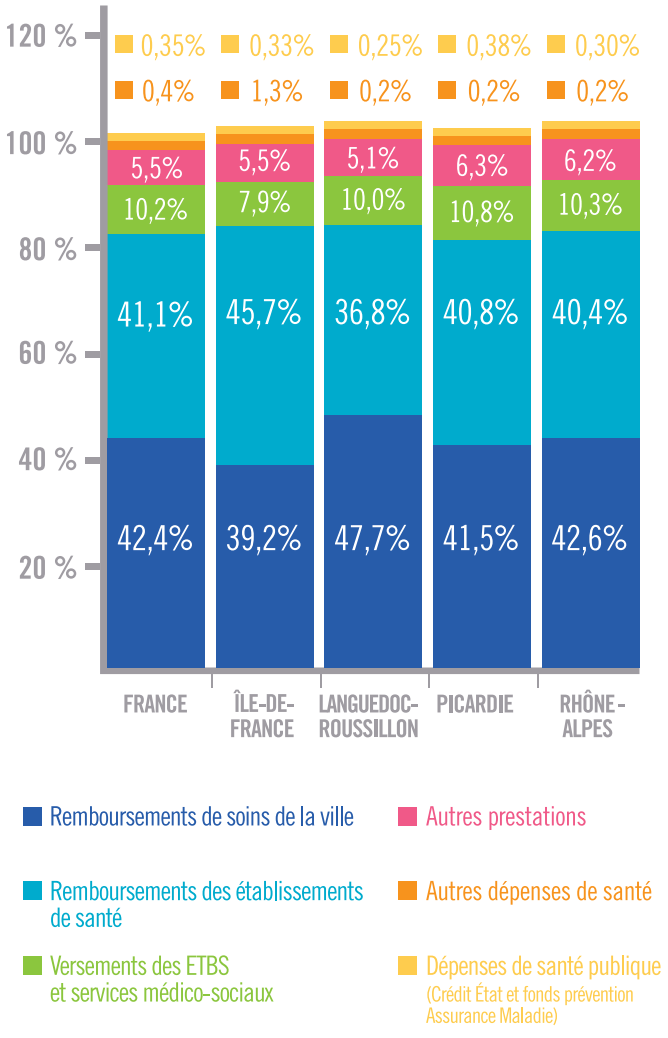
L'ARS doit apprécier les caractéristiques de la région en matière de consommation de ressources publiques afin d'en déduire les leviers d'intervention possibles au regard de ses priorités stratégiques.

Des outils d'observation sont en construction à l'échelle régionale mais également à l'échelle nationale pour permettre des comparaisons interrégionales. Les présentes données sont issues en grande partie d'un outil, encore en phase de test, développé au niveau national avec la contribution des détenteurs de données. Les conventions de description des dépenses sont issues d'un travail entre l'administration centrale (DGOS, DSS, DREES ...), les régimes d'Assurance Maladie et les Agences (CNSA, ATIH). Il s'agit d'états statistiques qui permettent de cibler les grandes caractéristiques de l'Île-de-France en matière de dépenses publiques (est précisé dans un document complémentaire le détail pour la région Île-de-France). Les montants peuvent donc différer pour un même champ de ceux disponibles par ailleurs (CCSS, CCS, CNAMTS). Ils seront en tant que de besoin complétés d'analyses plus fines issues des systèmes d'information de l'Assurance Maladie ou des Agences.

L'état présenté dans ce chapitre n'inclut pas les financements alloués par le Conseil Régional et les Conseils Généraux ou encore les communes sur lesquels les données ne sont pas disponibles (ce qui restreint les capacités de suivi des dépenses

de santé sur la région en particulier pour le secteur médico-social et la prévention). L'objectif d'évaluation des actions de l'ARS au regard de la bonne utilisation des fonds publics, dont les fonds sociaux, imposerait à terme l'accès à de telles données.

Les montants qui figurent dans les tableaux ci-dessous portent sur le financement des acteurs de santé par l'Assurance Maladie et l'État et pas la consommation de soins et biens médicaux des usagers. Cette analyse ne prend donc pas en compte à ce stade l'ensemble des dépenses de santé, dont la part de financement qui reste à la charge des usagers. Le débat ne peut donc être ouvert sur le montant, la nature et les modalités de couverture du restant à charge. Cet état compare la situation de la région à celle de la France et de trois autres régions aux profils variés (Rhône Alpes, Picardie et Languedoc-Roussillon). La dépense de l'Île-de-France représente 18,2 % de la dépense nationale.



Cette approche très macroscopique affiche le poids de l'hospitalisation dans la dépense régionale. L'écart entre les régions peut s'expliquer, d'une part, par le poids de l'hospitalisation privée (notamment en région Languedoc-Roussillon) car les honoraires des praticiens sont décomptés sur les dépenses de ville (majoration de l'ordre de 6 % des dépenses des établissements de santé au niveau national) et, d'autre part, par le coefficient géographique de la région Île-de-France (7 %) qui vient majorer à activité donnée la dépense des établissements de santé en MCO.

La dépense de santé publique peut être augmentée d'au moins 23 millions d'euros au titre des missions d'intérêt général (MIG) afférentes à l'activité de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des missions de prévention et d'éducation pour la santé, mais également d'une quinzaine de millions d'euros au titre du risque prévention qui ne figure pas dans les états ci-dessus.

L'analyse de la structure de financement des établissements médicaux-sociaux montre que globalement la région consacre une part moindre des financements aux établissements médico-sociaux et en particuliers pour ceux accueillant des personnes âgées.

PARTIE III

Les principes qui vont guider l'action de l'ARS

L'ARS a identifié 8 principes qui devront structurer son action et fixer le cap de ses interventions au service de la santé des Franciliens. Ces principes expriment tout d'abord les convictions et valeurs auquelles l'ARS Île-de-France est attachée, au premier rang desquelles la poursuite de ses missions de service public pour la solidarité et l'égalité.
Ces principes sont aussi l'expression des exigences qui s'imposent à l'ARS au regard des traits spécifiques de la santé de la population dans la région mis en valeur par le diagnostic ci-dessus.

PARTIE III
LES PRINCIPES QUI VONT GUIDER L'ACTION DE L'ARS

1. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION POUR RÉDUIRE LES MORBIDITÉS ÉVITABLES

Notre système de santé a longtemps réservé une place prédominante aux soins, sans réellement considérer la prévention comme prioritaire. La démarche préventive, incluant la promotion de la santé, existe bien, mais elle n'est pas valorisée et est souvent totalement coupée de la réflexion sur les services de soins. Pourtant, le système de soins n'est qu'un des déterminants pour résoudre les problèmes de santé : les facteurs biologiques et génétiques, les comportements individuels et collectifs et l'environnement (social, économique, culturel, physique) y contribuent pour une large part.

La région Île-de-France dispose d'une offre de soins riche et diversifiée ; s'il importe certes d'œuvrer pour optimiser son organisation, il n'en reste pas moins que, pour l'ARS, c'est du côté de l'offre de prévention, trop souvent secondaire, qu'il convient surtout de faire porter l'effort d'amélioration. Au demeurant, le fait est que tous les acteurs de santé, y compris les acteurs du soin et l'hôpital, ont un rôle à jouer en matière de prévention au quotidien. A cet égard, l'ARS souhaite promouvoir une approche intégrée qui, à chaque fois que c'est utile et nécessaire, privilégiera le préventif au curatif.

2. LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ PASSE PAR UNE MOBILISATION DE TOUS LES ACTEURS

Le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne a mis en lumière l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé dans la région. A court et moyen terme, et compte tenu des dynamiques en cours (évolution démographique, vieillissement de la population, accroissement des inégalités sociales et territoriales, démographie médicale), cet état de fait exige une action déterminée sur l'offre de santé, tant en matière de prévention et de promotion de la santé qu'en matière d'offre de soins. Néanmoins, depuis les travaux relatifs à la santé des populations conduits dès le milieu des années 1980, il est établi que les déterminants macrosociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou que le système de santé. Dans une perspective de plus long terme, c'est donc également sur ces déterminants qu'il convient de focaliser l'action. L'horizon de cet enjeu est bien celui de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, les déterminants de la santé ayant un impact fortement stratifié socialement et différencié selon les territoires. Habitat, environnement, transports, éducation : parce que les déterminants de la santé sont multiples, ils appellent une mobilisation de tous les acteurs en région, que l'ARS a pour mission d'orchestrer.

Le principe est simple, et décisif : « mettre la santé dans toutes les politiques en région ». L'ARS ne peut ni même ne doit être l'unique acteur de cette politique. Elle doit en revanche animer une prise de conscience collective et promouvoir un effort global de décloisonnement. Le leadership régional et la coordination des politiques publiques sont un principe d'action cardinal de l'ARS afin que les inégalités de santé soient à l'avenir prises en compte dans toutes les politiques conduites en région.

3. LA PROTECTION DE LA POPULATION IMPOSE UNE VIGILANCE RENFORCÉE FACE AUX RISQUES SANITAIRES

La maîtrise des risques sanitaires, en particulier des épidémies et des risques environnementaux qui concernent tout spécifiquement l'Île-de-France, a toujours été au fondement de la mission régalienne de protection de la santé publique. Pour autant, les attentes sociales ont fortement évolué en la matière ces dernières décennies, sous l'effet conjugué des crises qu'a connues notre système de santé et de l'émergence de nouveaux risques, notamment environnementaux et iatrogènes, conduisant à l'émergence de dispositifs de veille et de sécurité sanitaire de mieux en mieux structurés et efficaces. Notion récente, la sécurité sanitaire est devenue aujourd'hui une notion naturelle et impérative faisant l'objet d'attentes très fortes de la part des citoyens. Après s'être largement centré sur la médecine curative et l'espoir dans le progrès thérapeutique, notre société a redécouvert la nécessité de la prévention et les vertus de la précaution face aux risques. Cette évolution engage une expansion considérable du champ des politiques de santé publique ; alimentation, environnement ou sécurité des milieux, comportements à risque sont dorénavant l'objet d'une veille attentive pour répondre au mieux aux besoins de protection des populations. Cette mission, exigeante, doit être remplie en étroite collaboration avec les préfets et leurs services, afin que la population puisse être assurée d'un contrôle efficace de toute situation mettant en cause sa santé.

La protection des usagers passe également par la sécurisation du fonctionnement de l'offre de soins. La vigilance concerne ici la nécessaire prévention des infections liées aux soins, mais aussi la garantie de la réactivité de l'offre en termes quantitatifs, en cas de crise sanitaire, de pic épidémique, etc. Il s'agit aussi de protéger les patients face aux dysfonctionnements, en sécurisant la qualité des pratiques professionnelles des acteurs du soin et de la prise en charge médico-sociale.

Face aux crises sanitaires, aux risques environnementaux, aux risques iatrogènes, l'ARS réunit des compétences et des savoir-faire qui font l'objet d'attentes fortes de la part des citoyens. En lien avec les préfets, elle doit renforcer la lisibilité et l'unité d'action des pouvoirs publics pour mieux veiller sur les risques sanitaires, les contrôler et les prévenir.

4. LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SANTÉ DOIT ÊTRE RÉELLEMENT SUBORDONNÉE AUX BESOINS

Les problématiques générales d'aménagement du territoire (bassins de vie et d'emploi, zones d'attractivité, transports…) évoluent rapidement dans notre région ; l'offre de santé doit s'adapter à cette évolution. Le poids historique de l'AP-HP et la concentration de l'offre médico-sociale hors Paris et petite couronne illustrent l'inadéquation de l'offre aux besoins actuels des populations franciliennes. Il convient donc de repenser cette organisation à partir des besoins et non pas de l'offre ou des structures existantes.

La création des ARS marque la volonté politique de renforcer le pilotage régional de notre système de santé pour lui permettre de mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire. La vocation de l'ARS n'est pas de conduire les mêmes actions sur l'ensemble de la région, mais au contraire d'avoir la préoccupation d'apporter des réponses réellement adaptées au terrain local et aux populations. Pour quelque sujet que ce soit, aussi bien pour développer une action de promotion de la santé, pour garantir la qualité d'un parcours de santé d'un individu ou pour assurer un accompagnement ou une prise en charge adéquats d'une personne dépendante, que ce soit seule ou en partenariat avec d'autres institutions compétentes, l'ARS doit rechercher la meilleure adaptation possible de ces services aux problèmes identifiés, aux

besoins manifestés. Cette logique s'exprime tout particulièrement s'agissant des missions de service public assurées par les établissements, dont un bilan stratégique doit permettre d'adapter la réponse aux besoins.

Outre qu'elle impose de disposer de diagnostics locaux pertinents grâce au développement d'une faculté d'observation renforcée, cette ambition implique de porter une particulière attention aux préférences et aux attentes des usagers : souhait de rester à domicile pour les personnes en situation de perte d'autonomie, besoin d'une offre de soins alliant proximité et qualité, exigence d'excellence sur certains segments spécialisés du soin requérant des compétences et des plateaux techniques centralisés, sont autant de préférences des usagers que l'ARS doit chercher à honorer. Pour atteindre cet objectif il est essentiel d'une part de disposer d'informations permettant de décrire dans le détail les parcours de santé des usagers et d'autre part de conduire de travaux de modélisation de ces parcours, ce pour quoi l'ARS s'engagera tant au niveau régional qu'au niveau national.

5. LA COHÉRENCE DES PARCOURS DE SANTÉ DES USAGERS REQUIERT UNE APPROCHE INTÉGRÉE ENTRE PRÉVENTION, SOIN ET PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

Devant le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé la volonté politique qui a porté les ARS avait pour mot d'ordre le décloisonnement. Car les exemples sont nombreux qui illustrent l'insuffisante cohérence des différents segments d'un parcours de santé et le déficit de qualité et d'efficience qui en résulte, que l'on songe aux enjeux de la sortie d'hôpital, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées ou handicapées, etc. L'un des défis majeurs que doit relever l'ARS est donc de promouvoir une approche intégrée des parcours de santé, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social. Le compartimentage des interventions professionnelles ne doit désormais plus obérer une approche globale de la personne et de ses besoins. L'accompagnement social doit être intégré avec la prise en charge de la santé. Il s'agit de garantir aux usagers des parcours cohérents, fluides et complémentaires.

Le regroupement au sein de l'Agence de compétences jusque là exercées par de multiples acteurs constitue une première réponse. Elle ne saurait être la seule. Dans une logique de décloisonnement, l'ARS recherchera la meilleure coordination des interventions en faisant évoluer l'organisation des secteurs de la prévention, du soin et du médico-social dans le sens d'un accompagnement global des personnes.

La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et, si nécessaire, une coopération avec les acteurs du champ social. L'organisation de complémentarités fortes est ici un impératif pour l'ARS.

6. L'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE ET LA GARANTIE DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE VONT DE PAIR

De nombreuses conditions sont aujourd'hui réunies pour réussir un bond en avant en matière d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficience du système de santé.

En tout premier lieu, il est aujourd'hui largement admis que la qualité des prises en charge et leur caractère efficient vont de pair. Les acteurs s'accordent pour reconnaître que mieux gérer, c'est

aussi mieux prendre en charge et que la qualité des prises en charge est pleinement convergente avec la gestion du risque pour optimiser les ressources et moyens mis en œuvre. Le coût de la non-qualité fait maintenant l'objet d'études régulières, notamment en milieu hospitalier, permettant d'objectiver ce constat.

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour agir, dès lors qu'il existe désormais un fort consensus sur les faiblesses de notre système de santé, dont certaines sont particulièrement vérifiées en Île-de-France : une inadaptation à la prise en charge des pathologies chroniques (dont le poids est prépondérant dans les dépenses et en forte croissance), une faiblesse du préventif par rapport au curatif, une hypertrophie du secteur hospitalier au détriment de l'offre de premier recours ou des offres alternatives, un manque de coordination, des incitatifs financiers pas toujours bien orientés, … Le concept d'efficience dispose dorénavant d'un haut niveau d'acceptabilité, qui s'explique par la maturité des démarches et des outils de régulation : les mesures comptables ont cédé la place à une régulation plus médicalisée, mettant l'accent sur la pertinence des pratiques et cherchant une réconciliation permanente entre les enjeux d'efficience et les enjeux de qualité.

7. LA DÉMOCRATIE SANITAIRE S'APPUIE SUR UNE COLLABORATION EFFECTIVE DES PROFESSIONNELS ET DES PERSONNES CONCERNÉES POUR OBSERVER, INFORMER, ET DÉCIDER

Le renforcement des capacités d'observation de la santé en région est un impératif, de même que la transparence des informations produites. L'optimisation des recueils existants doit se doubler d'une ambition forte pour créer et valoriser de nouvelles sources d'information. Il s'agit bien sûr en premier lieu de disposer d'informations pertinentes pour structurer le diagnostic des besoins et la réponse politique adaptée aux territoires et aux populations. Surtout, l'ARS considère que la production d'informations transparentes sur le système de santé est un impératif de la démocratie sanitaire.

En effet, le partage de l'information est un préalable à une réelle inclusion des acteurs institutionnels, élus ou professionnels, dans la gouvernance démocratique de la santé en région. De même, les usagers, citoyens et contribuables, ont le droit de connaître et de comprendre l'organisation du système de santé et de pouvoir analyser ses atouts et ses faiblesses, en termes de coordination, de sécurité ou de qualité. La production et la diffusion de l'information, préalables à tout exercice d'un « droit de regard » et d'un « droit d'intervention », sont une condition incontournable de toute démocratie réelle, et la démocratie sanitaire n'échappera pas à cette exigence.

Cette mobilisation citoyenne doit ouvrir de nouvelles perspectives aux politiques de santé. Elle est d'autant plus nécessaire que la volonté est de ne pas rester dans une vision curative de la santé.

8. LA CRÉATIVITÉ DES ACTEURS LOCAUX EST UN LEVIER MAJEUR DU CHANGEMENT

Dans un environnement en mutation, l'ARS doit impulser et accompagner les évolutions. Cela passe en tout premier lieu par la sécurisation des professionnels de santé et le soutien à leur développement professionnel. Elle doit s'allier, en les encourageant et en les soutenant, les capacités d'innovation des acteurs de santé sur le terrain. Elle doit faire émerger la créativité, l'expérimentation et favoriser des comportements adaptatifs de la part des professionnels dans les territoires. Ce soutien à l'innovation concerne également l'accompagnement des nouvelles technologies ainsi que l'optimisation de l'organisation interne et des coopérations entre acteurs de santé. La

région Île-de-France est ici favorisée par la présence d'acteurs déjà fortement impliqués et novateurs.

Attentive à la rigueur scientifique comme à l'efficience économique, l'ARS veillera à l'évaluation de ces nouvelles pratiques et développera ses liens avec les institutions de recherche, afin de promouvoir des pratiques reconnues efficaces et efficientes. Convaincue que l'échelle régionale est la plus pertinente pour déployer des travaux de recherche et d'expérimentation en matière de gestion et de performance du système de santé, l'ARS s'attachera à développer les connaissances en la matière en lien avec les équipes et institutions franciliennes.

PARTIE IV

Objectifs stratégiques

Pour continuer à améliorer la santé des Franciliens en faisant évoluer l'offre de santé, l'ARS structure son action autour de trois objectifs stratégiques :

1. Assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé.
2. Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé.
3. Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus de la réalité des territoires.

Ces objectifs trouveront leur déclinaison opérationnelle et territoriale dans les trois schémas d'organisation de l'offre de santé (schéma régional de l'offre de soins, schéma régional de prévention, schéma régional de l'offre médico-sociale).

1. ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ

La demande des Franciliens est d'être accompagnés pour que leur santé soit protégée au mieux. Notre système était jusqu'à présent organisé pour prendre en charge les phases aiguës de la maladie, et quasi exclusivement d'un point de vue curatif. Mais **les besoins ont aujourd'hui évolué, sous l'effet notamment de la prévalence croissante des maladies chroniques et de la dépendance**, et les exemples sont désormais nombreux qui illustrent l'insuffisante cohérence des différents segments d'un parcours de santé et le déficit de qualité et d'efficience qui en résulte, que l'on songe par exemple aux enjeux de la sortie d'hospitalisation, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées ou handicapées, etc. Aujourd'hui cette organisation « en silos » d'une offre de santé centrée sur le soin aigu n'est plus tenable.

L'un des défis majeurs que nous devons relever est donc de promouvoir une **approche intégrée** des parcours de santé, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social, etc. La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et une coopération avec les acteurs du champ social. À la visée essentiellement curative de la médecine se substitue désormais une pratique au long cours, adaptative, relevant des logiques de l'accompagnement. Cette pratique doit tendre à la qualité et à la **cohérence des interventions pluridisciplinaires au plus près du patient dans son environnement familier**. Elle doit associer le patient et éventuellement son entourage à ce soin continu.

Chacun rencontre dans son parcours de vie des besoins de santé différents : d'une consultation prénatale aux vaccinations du nourrisson, du repérage d'un handicap à l'accompagnement au domicile, de la promotion de comportements de prévention au dépistage précoce de pathologies, la tâche de l'ARS est de garantir que l'offre de santé francilienne assure à chaque Francilien un parcours de santé cohérent et adapté. Le service rendu aujourd'hui par l'offre de santé de notre région est d'une particulière richesse, mais le diagnostic établi par l'ARS fait valoir que des marges de progression demeurent dont il convient de se saisir.

Les défis auxquels l'ARS se propose de répondre pour améliorer les parcours de santé recouvrent globalement des **enjeux de cohérence** (les différentes étapes d'un parcours doivent être coordonnées entre elles), des **enjeux d'accessibilité** (chacun doit pouvoir trouver une porte d'entrée dans le système de santé qui soit adaptée à ses besoins, et au moment opportun), et des **enjeux de qualité** (chacun doit trouver une réponse conforme à ses besoins mais aussi à ses préférences, et à ses droits.

Il s'agit, en somme, de pouvoir entrer au bon endroit dans le parcours de santé (1.1), d'y entrer au bon moment (1.2), et d'y trouver un vrai respect des préférences et des droits de chacun (1.3). Une telle action de structuration en profondeur requiert que l'ARS se dote de quelques domaines d'intervention prioritaires en la matière ; si l'ambition demeure bien celle d'organiser l'ensemble des parcours de santé, c'est d'abord sur plusieurs d'entre eux que se concentrera l'action, selon des choix de priorisation dictés par le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne **(1.4)**. Parce que c'est au niveau local que les synergies doivent être consolidées pour favoriser la cohérence des parcours de santé, l'ARS souhaite rénover l'approche territoriale de la santé autour d'espaces de contractualisation et d'innovation au service de la santé des populations **(1.5)**.

1.1. ENTRER AUX BONS ENDROITS DANS LE PARCOURS DE SANTÉ

1.1.1. Qu'entend-on par le terme « parcours de santé » ?

Qu'entend-on par « parcours de santé » ? Aujourd'hui, on connaît bien le terme « parcours de soins » qui est identifié à l'usage défini par l'Assurance Maladie dans le cadre de la loi du 13 août 2004 et de la réforme du médecin traitant. Mais plusieurs acteurs (au premier rang desquels les représentants de patients) s'accordent désormais pour revendiquer l'usage du terme « parcours de santé ». Il désigne, de façon plus globale, le parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concernent sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception, d'une hospitalisation à un hébergement médico-social, etc. Car on voit bien que chaque personne, malade ou bien portante, jeune ou âgée, rencontre des besoins ou des difficultés particulières autour desquelles doivent s'articuler des parcours spécifiques.

L'enjeu de cette **approche « par parcours »**, telle qu'elle est d'ailleurs mise en œuvre aujourd'hui au plan politique dans les grands plans nationaux (cancer, Alzheimer, maladies rares), est de renforcer la coordination entre les différents acteurs impliqués auprès d'une personne, avant, après et bien sûr pendant la maladie. L'objectif ici est de permettre à la population un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine. La structuration du premier niveau de recours doit en effet favoriser l'accès aux soins, mais aussi à la prévention et, en lien avec les collectivités territoriales et avec l'Education nationale pour les jeunes, aux services sociaux de proximité.

1.1.2. Structurer l'offre de premier recours

Entrer au bon endroit dans un parcours de santé, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins, assurant une coordination réussie entre les différents moments du parcours. C'est pourquoi la littérature s'accorde pour considérer qu'il ne peut y avoir de parcours de santé réussi sans une très forte structuration du premier recours.

La loi HPST consacre la notion de **premier recours** en définissant les missions des acteurs du premier recours pour assurer à la population une offre de proximité. La notion de premier recours recouvre la question de la porte d'entrée dans le système de santé, qu'il s'agisse de la prévention ou du soin, l'enjeu du suivi des patients et de leur parcours de santé, et le relais auprès des usagers de l'ensemble des politiques de prévention et de santé publique. Les acteurs de l'offre de premier recours sont nombreux, du généraliste au pharmacien en passant par les auxiliaires médicaux, certains spécialistes, les dentistes, les offreurs de prévention, les masseurs-kinésithérapeutes, etc. Les médecins traitants ont, en tant qu'acteurs du premier recours, un rôle clé à jouer dans la structuration des parcours de santé. Il convient en outre d'associer davantage les pharmaciens d'officine ou les infirmières libérales dans l'offre de premier recours. En outre, le fait est qu'aujourd'hui les services d'urgences sont utilisés par une partie des patients en guise de premier recours, faute de trouver auprès des autres offreurs de soins une réponse adaptée.

L'offre de premier recours est riche dans notre région. Pour autant, le diagnostic conduit par l'ARS sur l'état de santé et sur l'état de l'offre révèle que ce niveau de recours est insuffisamment adapté aux besoins et structuré. La capacité de l'offre francilienne de premier recours à assurer des parcours de santé cohérents est freinée par **plusieurs difficultés**, plus ou moins spécifiques d'ailleurs de notre région : sous-représentation des médecins exerçant la médecine générale dans la région, fragilité financière d'un nombre croissant d'officines, faible densité d'infirmières installées en ville, déséquilibre entre secteurs conventionnels et entre territoires avec pour résultat une accessibilité inéquitable. La question de la répartition territoriale des professionnels de santé, dont la dimension inégalitaire tend à s'aggraver en Île-de-France, est fondamentale. D'autres causes aggravent ces défaillances d'accessibilité, comme d'ailleurs dans d'autres régions : cloisonnements entre secteurs d'offre, découragement de certains professionnels,

insuffisante intégration des messages de prévention dans les activités de soin, etc.

A partir de ces constats, l'ARS Île-de-France fait donc du développement et de la valorisation d'une offre qualitative de premier recours dans tous les territoires une priorité.

1.1.3. Faire de chaque schéma d'organisation un levier pour renforcer la capacité du premier recours à structurer les parcours de santé

Parce qu'il s'agit du socle indispensable pour la cohérence des parcours de santé, l'ARS a pour objectif de travailler au renforcement du premier niveau de recours à l'offre de santé dans l'ensemble des actions qu'elle conduira au travers du PSRS et des schémas. En effet, pour structurer ce premier niveau de recours, les leviers dont dispose l'ARS sont multiples : y concourent par exemple l'appui à la formation initiale et continue, l'aide à l'installation, le soutien à la qualité des pratiques, la promotion des coopérations entre professionnels, etc. Les objectifs stratégiques qui seront identifiés plus loin dans ce PSRS sont donc nombreux à contribuer, à différents niveaux, au renforcement du premier recours. Chaque schéma d'organisation régionale, dans le domaine de la prévention, des soins ou des prises en charge médico-sociales, sera appelé à **décliner cette exigence transversale** sans laquelle la cohérence des parcours de santé ne peut être assurée.

1.1.4. Revaloriser les métiers du premier recours autour de leur vocation à porter les messages de prévention et de santé publique

Avec un grand nombre de patients et de plus en plus de fonctions à assumer, les professionnels du premier recours ne peuvent guère assurer à leur patient, dans le temps limité de la consultation, des soins de qualité sur le court terme, un suivi approprié de long terme, une information appropriée sur le diagnostic et les traitements, ainsi qu'une information efficace de prévention, sans parler du travail de coordination des éventuels autres acteurs de la prise en charge impliqués auprès de ce patient.

Ces difficultés contribuent au **découragement** de certains professionnels.

Si la majeure partie des réponses à ces difficultés sont du ressort des conventions nationales que les organisations syndicales, représentant les professionnels, négocient avec l'union nationale des caisses d'Assurance Maladie, l'ARS souhaite y contribuer en accompagnant les évolutions qui affectent l'exercice de ces professions. L'enjeu des transformations en cours est de **remobiliser les communautés soignantes autour des valeurs** fondamentales de leur métier. Pour l'ARS, il appartient aux professionnels de premier recours de renforcer le poids de la prévention dans l'accompagnement des patients. Elle souhaite contribuer à développer la part de ces pratiques cliniques préventives que sont la vaccination, le dépistage, l'éducation thérapeutique du patient mais aussi la transmission de messages de promotion de la santé, pratiques préventives qui ancrent le champ préventif dans le monde du soin et assurent une approche globale des personnes. Par ailleurs, la pertinence et les modalités de mise en place de consultations de prévention méritent d'être explorées, en lien avec les régimes d'Assurance Maladie, les professionnels de santé et le milieu universitaire. L'accompagnement des populations à travers la transmission des messages de prévention et de santé publique est porteur de sens et peut aider à revaloriser les métiers du premier recours.

1.1.5. Favoriser la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge

La complexité des parcours de santé engendre trop souvent des ruptures qui sont sources d'insécurité pour les patients.

Ainsi, le phénomène des **hospitalisations évitables** (lorsqu'une prise en charge en amont aurait permis d'éviter l'hospitalisation) ou inadéquates (lorsque le patient n'est pas hospitalisé dans la structure qui lui convient le mieux) illustre les marges de progression qui demeurent dans l'articulation des parcours. L'enjeu est par exemple particulièrement crucial chez le sujet âgé dépendant, trop souvent hospitalisé au cours de sa prise en charge en EHPAD et exposé à des ruptures de suivi entre les différents pôles de sa prise en charge.

L'ARS a identifié plusieurs **nœuds de fragilité** dans les parcours de soins, dont le diagnostic régional a révélé l'impact et sur lesquels il convient d'agir en garantissant des passerelles sécurisées : ces nœuds de fragilité concernent notamment les interfaces entre la permanence des soins hospitalière et la permanence des soins en ville, les interfaces entre les acteurs du domicile, du social et du médico-social, les interfaces entre les urgences et les EHPAD, les interfaces entre ambulatoire et santé mentale et enfin la continuité du dépistage jusqu'à la prise en charge. L'action de renforcement de ces différentes interfaces est inséparable de l'action de structuration du premier niveau de recours aux soins.

La coordination des parcours de soins recouvre une diversité de réalités : coordination entre les différents acteurs du premier recours, notamment autour du médecin traitant ; coordination entre les acteurs du premier recours et les médecins spécialistes, en ville ou à l'hôpital ; coordination entre le médecin traitant et les services d'urgences ou l'hôpital ; coordination entre les acteurs du premier recours et les acteurs du champ social, et coordination avec les proches ou aidants d'un patient. **Si le rôle du médecin traitant** dans la coordination est majeur, il ne peut à lui seul en assumer la charge. Les besoins actuels imposent **que l'ensemble des acteurs de l'offre** de santé évoluent pour renforcer leur capacité à accompagner les parcours de santé. Cela impose aussi que de nouveaux métiers dédiés à cette fonction soient aujourd'hui promus, dans le prolongement du récent rapport Hénart sur ce thème. L'hôpital a également son rôle à jouer dans la coordination des parcours de ses patients, notamment autour de l'accompagnement des malades chroniques, en s'appuyant sur des financements *ad hoc* (MIGAC) et sur des structures alternatives (hospitalisation à domicile). **Les réseaux**, enfin, sont également un atout pour structurer les parcours. Il s'agit, en somme, et comme l'a fortement porté la loi HPST, de renforcer la collaboration entre les différents acteurs d'un même territoire et donc, pour l'ARS, d'accompagner l'engagement de l'ensemble des professionnels à repenser, sur un territoire donné, leur contribution à la coordination des parcours de santé de leurs patients.

1.2. AVOIR LA CAPACITÉ D'ENTRER AU BON MOMENT DANS LE PARCOURS DE SANTÉ

A la croisée de l'action préventive et de l'action curative, plusieurs pratiques déterminent l'entrée des patients dans le parcours de santé au moment opportun pour une prise en charge optimale. Entrer au bon moment dans le parcours de santé, c'est avoir la garantie d'être accompagné et soutenu pour rester en bonne santé, d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie, ou encore, lorsque l'on est malade, c'est être accompagné en routine pour éviter les phases aiguës.

Pour l'ARS, un parcours de santé favorable commence par un accès facilité aux moyens de rester en bonne santé. C'est pourquoi, en amont de toute action sur la coordination des parcours de santé, l'ARS met l'accent sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de santé, en s'appuyant sur la coordination des politiques publiques qui ont, en région, un impact sur l'état de santé des populations.

L'objectif est de contribuer à donner aux personnes des conditions de vie plus propices à leur santé et des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé. La promotion de la santé constitue ainsi un levier essentiel de lutte contre les inégalités de santé. Les déterminants sur lesquels il convient d'agir peuvent être des déterminants personnels (comportements, habitudes), des déterminants environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail…), des déterminants sociaux (niveau d'éducation, milieu socioculturel, accès aux services publics…), des déterminants économiques (niveau de revenu, statut sur le plan d'emploi…), ou liés au système de santé (accès à la prévention, aux soins ou à la prise en charge médico-sociale, qualité et sécurité des soins).

Pour favoriser l'accès de tous les Franciliens aux moyens de rester en bonne santé, l'ARS prend sa place dans un ensemble de politiques publiques ayant un impact en faveur de la santé, impliquant différentes autorités publiques : la santé en milieu scolaire et la politique d'éducation, la santé environnementale, la santé au travail, la PMI et la protection de l'enfance, la politique de la ville,

la cohésion sociale, la sécurité routière, l'action sociale des départements, des organismes de protection sociale et des services de l'État, la politique du logement, la politique de l'emploi, etc. La cohérence entre l'action de l'ARS et celle de ces différents acteurs est un axe stratégique majeur car c'est l'action de chacun d'entre eux qui permettra d'améliorer l'accès des Franciliens aux moyens de rester en bonne santé.

1.2.1. Renforcer les pratiques cliniques préventives

1.2.1.1. Améliorer l'accès aux vaccinations

Une entrée pertinente dans un parcours de santé peut commencer par un accès opportun à la vaccination. Dans le domaine des vaccinations, l'Île-de-France fait face à d'importants enjeux s'agissant de la **tuberculose**[36], pour laquelle la région francilienne est la seule en métropole où persiste une indication de proposition systématique du BCG. L'autre enjeu francilien majeur concerne la **rougeole**, pour laquelle on constate une forte recrudescence du nombre de cas (en Île-de-France, 13 personnes ont contracté la rougeole en 2006, 35 en 2008, 162 en 2009, 773 en 2010 et 266 déclarés entre le 1er janvier et le 17 mars 2011), et une couverture vaccinale insuffisante en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne, dont l'amélioration constitue un élément du CPOM[37].

1.2.1.2. Renforcer l'accès aux dépistages organisés et au repérage du handicap

L'entrée opportune dans le parcours de santé nécessite également d'optimiser l'offre de dépistage et de repérage précoce. L'enjeu concerne particulièrement en Île-de-France la pratique des **dépistages organisés, pour le cancer du sein et le cancer du colon**, auxquels l'accès est marqué par de fortes inégalités sociales. Ces dépistages font l'objet d'un suivi particulier dans le CPOM de l'Agence[38], l'objectif étant d'atteindre respectivement 60 % et 50 % de couverture pour les populations concernées (50 à 74 ans). Les nouvelles modalités de dépistage du **VIH** doivent également être fortement promues. La question de l'articulation de ces dépistages avec une prise en charge réactive et de qualité par le système de soins est cruciale.

Dans le champ du handicap **congénital**, le repérage des troubles dès la petite enfance constitue un enjeu majeur dans la mesure où la précocité de la prise en charge permet des progrès souvent plus importants qu'à un âge plus avancé et évite les situations dites de « surhandicap ». Il s'agit donc d'un enjeu important qui interroge à la fois l'existence en nombre suffisant de structures adaptées et le fonctionnement des relations entre les acteurs de la petite enfance. Du fait d'un taux important et en hausse de naissances prématurées, de l'impact des inégalités sociales sur la qualité des suivis de grossesse et de la hausse de l'âge moyen des mères, avec de fait une prévalence des malformations congénitales qui ne diminue pas (2,5 % des naissances), l'ARS Île-de-France souhaite en particulier augmenter, en lien avec les conseils généraux, le nombre de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), dont l'offre (22 établissements principaux sur 27 sites) ne paraît pas répondre aux besoins (notamment délais d'attente important à la première consultation) et soutenir par ailleurs les diverses initiatives existantes en la matière. Dans le champ du **handicap acquis**, le repérage précoce des troubles cognitifs et comportementaux est absolument nécessaire pour garantir un accompagnement scolaire adapté et éviter retards et sorties anticipées du système scolaire.

Pour les enfants de 5 à 7 ans, le dépistage des troubles des apprentissages doit pouvoir être réalisé de façon beaucoup plus large, un accompagnement à cet âge réduisant de façon considérable les conséquences scolaires de ces handicaps. Réalisé par les médecins de l'Education nationale, ce dépistage doit être soutenu.

1.2.2. Renforcer le suivi en routine pour éviter les prises en charge aiguës

Enfin, permettre aux patients d'entrer au bon moment dans un parcours de santé c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise et les prises en charge inadéquates à l'hôpital. Le concept d'**hospitalisation « évitable »** (qui ne signifie pas hospitalisation « non-pertinente » ou « inadéquate » ou non justifiée médicalement) permet d'identifier des populations

qui ont recours à l'hôpital alors qu'une prise en charge en soins primaires aurait permis que leur pathologie soit contrôlée. Selon une étude portant sur des données de 2006[39], les hospitalisations potentiellement évitables représentaient 5,7 % de l'ensemble des séjours et 10 % des journées en Île-de-France, avec des durées moyennes de séjour de 50 % plus élevées signalant une gravité particulière des situations. Trois pathologies représentaient plus de 50 % du total des pathologies pour ces hospitalisations évitables : les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme. Ces constats appellent une amélioration des conditions de suivi en ville, notamment en termes d'accessibilité géographique et financière ou de permanence des soins. Le renforcement de l'offre de premier recours est ici l'enjeu clé. Pour les populations âgées dépendantes, l'enjeu réside aussi dans la médicalisation des EHPAD. L'achèvement de celle-ci et une meilleure continuité de la présence infirmière la nuit et les fins de semaine devraient permettre de réduire les recours inadéquat à l'hospitalisation.

1.3. BÉNÉFICIER D'UN PARCOURS ADAPTÉ À SES BESOINS

Chaque Francilien doit avoir accès à un parcours de santé adapté à ses besoins. Pour l'ARS, cela signifie qu'il convient de s'assurer que les parcours sont accessibles à chacun, en tout point du territoire régional et à tout moment (1.3.1.) ; et qu'ils sont respectueux de l'autonomie, des droits et des parcours de vie des personnes (1.3.2.).

1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé

L'ARS a vocation à œuvrer pour une meilleure répartition de l'offre de santé, en fonction des besoins identifiés, de la prospective démographique des usagers et des professions de santé, et du développement urbanistique. Elle doit favoriser l'organisation d'une répartition de l'offre de santé adaptée et favorisant l'accès de tous les Franciliens à des soins de qualité.

1.3.1.1. Garantir l'équité financière dans l'accès à l'offre de soins

La situation de l'Île-de-France en termes d'offre de soins à tarif opposable est particulièrement inquiétante. La part des dépassements pratiqués par les offreurs libéraux dans certaines zones du territoire régional et pour certaines spécialités peut conduire à la quasi-absence d'offre à tarif opposable. Si, sur cet enjeu, les moyens d'intervention sont principalement entre les mains des signataires de la convention médicale, l'ARS, garante de l'accès aux soins de la population et de la promotion de l'égalité en santé, doit pouvoir envisager avec ses partenaires de l'URPS médecins, les possibilités d'action sur ce sujet. Les travaux initiés avant la création de l'ARS concernant l'observatoire de l'offre et l'accès aux soins en Île-de-France doivent pouvoir se prolonger et se renforcer. L'association des usagers à la réflexion doit également être promue en vue de la définition d'un programme d'actions. Chargée de veiller à l'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire régional, l'ARS favorisera l'implantation d'une offre au travers des **structures d'exercice collectif** qui participeront à l'accès aux soins de tous les patients, notamment au tarif opposable[40].

L'accessibilité des EHPAD est, elle aussi, très largement inéquitable au plan financier. L'ARS souhaite mobiliser plusieurs leviers pour permettre l'accessibilité économique des EHPAD au plus grand nombre en encourageant une meilleure efficience de ces structures (maîtrise des prix dans le cadre d'une politique tarifaire affichée, aide à l'investissement, incitation des établissements à mutualiser leurs moyens, etc.).

1.3.1.2. Equilibrer la répartition géographique de l'offre de santé

La densité de l'offre de santé francilienne recouvre d'importantes disparités entre la zone centrale de Paris et de sa petite couronne, et les zones périphériques de grande couronne. L'ARS a vocation à œuvrer pour une meilleure péréquation de l'offre de santé, en fonction des besoins identifiés et des évolutions démographiques prévisibles à cinq ou dix ans. Dans l'exercice de cette mission, l'ARS pourra s'appuyer sur le comité régional de

PARTIE IV - OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1. ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ

l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Pour ce qui concerne l'offre de soins en établissements, l'ARS prolongera l'action entamée dans le cadre du SROS III en faveur du transfert (ou de la non augmentation) de l'offre de soins parisienne. L'articulation dans le SROS III entre la notion d'autorisation d'activité de soins et l'approche territoriale a été l'outil principal au bénéfice de cet objectif d'équité géographique. Les volets thématiques prévoyaient les implantations en fonction principalement de critères populationnels ou géographiques, et devenaient ensuite opposables aux promoteurs. Cet objectif a notamment conduit au renforcement de structures hospitalières dans les départements de petite et grande couronnes au gré du développement de centres périnatals de type III ou du renforcement de structures de réanimation ou surveillance continue. La volonté de l'ARS d'affirmer la composante territoriale de l'offre de soins nécessitera en particulier de **travailler avec l'AP-HP** sur la nature de ses partenariats avec les autres établissements de santé, en prenant en compte sa nouvelle organisation en groupes hospitaliers.

LES AUTORISATIONS: UN OUTIL AU SERVICE DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ

Le SROS III a marqué un tournant majeur au plan de la conduite de l'action publique de planification en remplaçant la notion d'installation (lits-places) par celle d'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds. L'ARS souhaite approfondir cet outil d'autorisation, tout en l'articulant mieux avec les autres leviers de restructuration dont elle dispose, notamment au regard des perspectives qu'ouvre la contractualisation pour mieux ancrer les établissements de santé dans l'offre de santé territoriale.

Les autorisations sont délivrées dans un cadre réglementaire bien précis et sur le fondement des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire. Elles doivent, en outre, être compatibles avec les bilans quantifiés de l'offre de soins établis pour chaque activité ou équipement avant l'ouverture de la fenêtre de dépôt des demandes. L'ARS renforcera l'instruction des autorisations d'activités et d'équipements, avec une analyse approfondie de la capacité financière des établissements et du niveau d'activité adapté aux besoins de santé sur le territoire. Elle veillera à privilégier les dossiers de demandes qui permettent de garantir aux patients une accessibilité satisfaisante sans barrière économique, l'engagement des demandeurs sur ce point étant un élément d'appréciation important. De même, les dossiers visant à la coopération et à la complémentarité entre les structures autour d'un projet médical commun seront encouragés.

En matière d'offre ambulatoire, l'ARS est chargée de **déterminer les zones** de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. En outre, l'article 46 de la loi HPST crée un **contrat d'engagement de service public** pour les étudiants et internes en médecine, que l'ARS déploiera en privilégiant les futurs médecins généralistes et les zones considérées comme déficitaires en offre de premier recours. L'insécurité urbaine doit aussi être prise en compte comme un déterminant de l'accessibilité géographique des soins, appelant des mesures de soutien spécifiques élaborées en lien étroit avec les autres services de l'État compétents. Enfin, en lien avec les partenaires régionaux, dont notamment les unions régionales des professionnels de santé, l'ARS a mis en œuvre, en juillet 2011 une plate-forme d'appui aux professionnels de santé dont la vocation est de mettre en réseau et de rendre plus cohérente et plus lisible l'offre de services à destination des professionnels, notamment pour :

- informer et préparer l'installation des futurs professionnels de santé ;
- aider à l'installation des professionnels ;
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné ;
- soutenir les professionnels dans leurs projets.

En matière d'offre médico-sociale, le diagnostic francilien fait apparaître une particularité avec, à l'inverse du champ sanitaire, une zone centrale sous-équipée en offre de services par rapport à la grande couronne, tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées. Face à ce constat, l'ARS souhaite avoir une approche territoriale

plus adaptée en veillant notamment à articuler la planification gérontologique avec les politiques du logement et de l'aménagement local. Il s'agit ainsi de prévoir une planification qui tienne compte du retard global d'équipement francilien corrélé à l'évolution prévisionnelle des besoins, à la nécessité de développer une offre d'hébergement accessible sur le plan tarifaire, et aux opportunités de coordinations interdépartementales en matière de capacité d'accueil et de gestion des flux de résidents. L'ARS sera amenée à construire avec les conseils généraux les outils nécessaires à la planification, à la programmation et au suivi des structures (par exemple flux des résidents en EHPAD entre départements).

UN NOUVEL OUTIL POUR ADAPTER L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE AUX BESOINS : L'APPEL À PROJET

Dans le secteur médico-social, la loi HPST a modifié le régime des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le champ d'application du régime des autorisations, étendu par la loi du 2 janvier 2002 à tous les établissements et services, y compris les services d'aide à domicile, les centres de ressources ou les lieux de vie, reste inchangé. Mais, désormais, ce sont les autorités publiques (État, ARS, département) et non plus les opérateurs qui seront à l'origine de la demande de création ou de transformation d'établissements. L'appel à projet constitue en effet la dernière étape d'un processus dans lequel l'autorité, après avoir défini en concertation les besoins prioritaires d'un échelon territorial déterminé, s'attachera à en permettre la satisfaction progressive, au regard des enveloppes disponibles. Le cahier des charges établi par les autorités compétentes pour délivrer l'autorisation identifie les besoins à satisfaire conformément aux schémas départementaux et au PRIAC, une procédure allégée étant prévue pour les projets innovants et les projets expérimentaux.

Enfin, l'ARS souhaite accorder à certains territoires sous-dotés en **offre de prévention** une attention particulière, en requérant, au travers de ses appels à projets dès 2011, que les offreurs qu'elle soutient dotent leurs actions d'un cadre territorial fort et mettent l'accent sur des territoires prioritaires au regard de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, y compris en s'appuyant pour cela sur les contrats locaux de santé (voir infra). Cette politique sera poursuivie et amplifiée dans le schéma régional de prévention.

De façon générale, le rééquilibrage de l'offre de santé sur le territoire régional est une ambition convergente avec le renforcement de sa cohésion sur chaque territoire, et l'ambition de l'ARS est donc globalement de contribuer à structurer, à l'échelle des territoires, des parcours de santé cohérents, de la prévention au médico-social en passant par l'offre de soins.

1.3.1.3. Concilier proximité et technicité

Il existe une tension entre la capacité du système de santé à offrir à chacun une offre sanitaire de qualité à proximité du lieu où il réside, et la capacité du système de santé à assurer à chacun une offre sanitaire de haute technicité, nécessairement mutualisée et centralisée autour de plateaux techniques de pointe. Assumer cette tension est au cœur des missions de l'ARS. Les préférences et les besoins des usagers doivent en la matière être articulés selon une **logique équilibrée de gradation et de subsidiarité**.

Chaque Francilien doit avoir accès à une offre de santé de premier recours au plus près de son domicile au quotidien. Mais chacun doit aussi pouvoir bénéficier, lorsque cela est requis par une pathologie grave ou une prise en charge complexe, des meilleures compétences et des plateaux techniques les plus performants. Rappelons que l'Île-de-France est la région où l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population, le temps médian pour accéder à cette offre y étant de 15 minutes alors qu'il est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises – même si les disparités infra-régionales appellent une attention particulière.

La gradation de l'offre en fonction de la technicité

des prises en charge est une exigence de qualité qui s'impose de plus en plus compte tenu des progrès médicaux et organisationnels. Lorsqu'il s'agit de soins programmés, la technicité doit être la préoccupation première. Les plateaux de haute technicité doivent permettre de faire converger vers eux les besoins et leur positionnement doit être pensé en fonction de leur accessibilité et des voies de transport.

Dans le prolongement du travail déjà accompli, le SROS devra identifier un premier socle d'activités des établissements de santé, qui correspondent aux missions de l'institution en tant qu'hôpital « de proximité » assurant un certain nombre de missions de service public. Au delà, il s'agit de définir des niveaux de recours différenciés pour un certain nombre de spécialités pour lesquelles la notion de proximité, pour le patient, n'intervient que partiellement. L'exemple le plus emblématique en est la cancérologie. Enfin, un certain nombre d'activités relèvent du recours régional ou inter-régional, la plupart soumises à autorisation, « rares » ou de référence, pour lesquelles la notion de proximité, pour le patient, n'intervient pas.

1.3.1.4. Assurer la disponibilité des soins pour les besoins non programmés

Chaque Francilien doit pouvoir accéder à une offre de santé adaptée à ses besoins même lorsque ceux-ci n'étaient pas programmés. L'ARS se fixe pour objectif de **renforcer la permanence d'accès aux soins**.

Depuis leur création, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité. Entre 1997 et 2008, le nombre d'urgences accueillies dans les établissements de la région a augmenté de 47 %, atteignant près de 3,4 millions. L'activité est assumée à 78 % par les établissements publics, dont près de 30 % à l'AP-HP. Cette évolution indique que de nouvelles fonctions sont assumées par les urgences : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, notamment pour la prise en charge des populations à faible niveau de ressources, substitution partielle à la médecine de ville et à la permanence des soins ambulatoire. Ainsi, les motifs de fréquentation des urgences évoqués par les patients vont du souhait de bénéficier du support d'un plateau technique, à la gratuité apparente des soins offerts par l'hôpital en passant par la méconnaissance des possibilités offertes par la médecine libérale.

Les **difficultés des urgences** ont des causes multiples. Les réponses à la crise des urgences doivent prendre en compte l'organisation et les effectifs des services, mais surtout **l'amont** (avec l'orientation et la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital) et **l'aval** des urgences (avec une gestion coordonnée des lits d'hospitalisation, par les établissements, et un développement de l'hospitalisation dans des lits de suite).

Pour organiser la mission de service public de permanence des soins (PDS), comme le prévoit la loi HPST, il revient à l'ARS, en travaillant avec les médecins libéraux, de **réunir les conditions donnant au dispositif de PDS ambulatoire toute sa place dans la réponse aux demandes de soins non programmés**, l'objectif étant de diminuer le recours aux urgences.

Pour améliorer le dispositif de permanence des soins, l'ARS souhaite favoriser la régulation médicale et la coordination par les SAMU centres 15 ; toutefois, l'essentiel des consultations aux urgences étant spontanées sans passage par le SAMU, le dispositif nécessite surtout une organisation coordonnée entre les acteurs de santé publique de ville, médicaux et paramédicaux, gardes mobiles et gardes fixes libérales, les services d'urgences des établissements de santé avec une régulation véritablement articulée et décloisonnée avec ceux-ci, aux heures ouvrables comme aux horaires de la permanence des soins. Il demeure en effet essentiel d'assurer en tout point de la région une complémentarité optimale entre les deux champs d'intervention distincts que sont celui de la permanence des soins ambulatoire et celui de l'aide médicale urgente. Par ailleurs, il importe d'assurer une offre coordonnée en matière d'urgences psychiatriques.

1.3.2. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits

1.3.2.1. Respecter le libre choix des personnes en faveur du maintien et du retour à domicile

Face à sa santé, chacun a le droit de faire valoir ses préférences et de se voir proposer un libre choix informé quant aux modes de prise en charge adaptés. La promotion du respect du libre choix des personnes est un enjeu particulièrement fort pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes dépendantes, notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées. Les Français plébiscitent la recherche de solutions permettant aux personnes âgées de rester à domicile et, selon un sondage CSA sur ce thème en novembre 2010, 87 % des enquêtés sont prêts à faire en sorte qu'une personne âgée de leur entourage puisse rester chez elle, que ce soit en lui rendant visite le plus souvent possible ou en faisant appel à une aide extérieure. Cette préférence des usagers est donc un élément fondamental à prendre en compte et conduit l'ARS à poser la structuration des soutiens au maintien à domicile comme un objectif majeur de son action.

Le maintien à domicile exige une **offre de premier recours** solide, et une coordination optimisée des différents acteurs de la prise en charge (réseaux gériatriques, infirmiers libéraux, SSIAD, etc.). Alors que la **part des services dans l'offre médico-sociale** fait l'objet d'un indicateur spécifique dans son CPOM[41], l'ARS souhaite en particulier œuvrer avec les conseils généraux à une meilleure intégration des SAAD et développer les SSIAD et les dispositifs de répit et alternatifs. Le développement de **places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire** en EHPAD est à ce titre à privilégier.

En outre, l'ARS souhaite encourager l'innovation dans le domaine des **technologies d'assistance à la vie autonome** (notamment bracelets, domotique), tout en sachant que ces progrès appellent une réflexion sur leurs enjeux d'accessibilité économique. Ces technologies peuvent également servir de levier à une évolution des établissements d'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées de façon à ce qu'ils deviennent des acteurs directs de l'accompagnement du maintien à domicile des patients, en assurant une plateforme de soutien et de services. L'ARS, en lien avec les industriels concernés par exemple dans le cadre du pôle de compétitivité Medicen, se dotera d'une veille stratégique particulière sur les efforts nationaux et internationaux de recherche, notamment translationnelle, en la matière.

La préférence pour le domicile dépasse en outre l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées et concerne l'ensemble des usagers qui, pour une cause ou une autre, sont confrontés à la nécessité d'être accompagnés dans l'organisation de leur vie quotidienne face à une pathologie chronique ou une situation de handicap. L'ARS se donne pour objectif de contribuer à assister chaque Francilien dans la sécurisation de son environnement quotidien à domicile lorsque son état de santé nécessite des aménagements particuliers, en lien avec les acteurs du champ social.

Le développement de **l'hospitalisation à domicile** préservant sa polyvalence, le développement de la **chirurgie ambulatoire**, ou encore de la **dialyse péritonéale**, qui font chacune l'objet d'un suivi CPOM spécifique[42], représentent également des opportunités de mieux prendre en compte la préférence des patients pour leur domicile. En la matière, les objectifs du CPOM sont d'augmenter le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire de 77,9 % aujourd'hui à 85 % en 2013 et d'augmenter la part de la dialyse péritonéale de 5,4 % à 10 % des patients dialysés.

1.3.2.2. Renforcer l'aide aux aidants

Enfin, quelle que soit la personne ou la pathologie concernée, l'accompagnement de la préférence pour le domicile et l'autonomie doit inclure un renforcement des dispositifs d'aide aux aidants.

Le plan national Alzheimer 2008-2012 fixe ainsi plusieurs mesures opérationnelles pour renforcer l'appui aux aidants : développer et diversifier les structures de répit ; consolider les droits et la formation des aidants ; et améliorer le suivi sanitaire des aidants naturels.

Ainsi, l'attention portée aux aidants peut prendre la forme d'un temps de répit dans l'accompagnement de leur proche. Ce temps devient possible

dès lors que la personne âgée est prise en charge en journée une à plusieurs fois par semaine ; c'est l'objectif de l'accueil de jour en EHPAD, qui propose des activités thérapeutiques notamment pour maintenir les capacités cognitives des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Lorsque, suite par exemple à une hospitalisation, un suivi médico-social à temps complet s'impose pour une période donnée, des solutions d'hébergement temporaire ne pouvant excéder trois mois sont proposées par certains EHPAD.

Ces mesures doivent constituer des solutions souples pour les aidants qui soient proches de leurs besoins tout en garantissant une bonne qualité de prise en charge aux personnes malades. Un travail est déjà engagé au sein de la région Île-de-France pour réorganiser ces dispositifs sur l'ensemble du territoire afin d'offrir une plus grande proximité dans la réponse aux besoins.

Pour mieux soutenir les aidants qui accompagnent au quotidien des proches malades, il peut leur être proposé un panel de dispositifs ou de services visant à répondre à la diversité de leurs besoins. Ainsi le développement de plates-formes de répit et d'accompagnement sur les départements doit permettre d'apporter une réponse multidimensionnelle combinant à la fois des solutions de répit, des temps privilégiés pour le couple « aidant-aidé » à l'occasion de séjours de vacances ou de sorties collectives, des temps de rencontres et d'échanges pour aider les aidants à faire face à la prise en charge d'une personne malade ou handicapée mais aussi des actions visant à favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de l'aidant et de l'aidé. Ces plates-formes de répit et d'accompagnement vont être progressivement développées sur le territoire francilien dès 2011.

Enfin, dans la perspective de rendre l'information plus accessible mais aussi plus compréhensible sur la maladie et les différents professionnels et dispositifs existants, un guide d'aide à l'orientation destiné aux malades et à leurs familles est actuellement en cours d'élaboration en Île-de-France. Cet outil est le fruit d'un travail collectif initié par le Comité Régional Alzheimer d'Île-de-France composé de l'ensemble des partenaires concourant à la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le guide, qui devrait voir le jour au cours de l'année 2011, apportera des informations concrètes sur les professionnels ressources et les dispositifs existants en matière de prise en charge et d'accompagnement de la personne malade de chaque département.

1.3.2.3. Encourager les services d'appui à l'insertion des personnes handicapées

L'ambition partagée par de nombreux acteurs du secteur du handicap et à laquelle l'ARS s'associe est de permettre aux personnes en situation de handicap de s'inscrire dans un **parcours de vie choisi au cœur de la cité**. Cela signifie qu'il s'agit d'inscrire l'accompagnement des personnes handicapées dans la dynamique d'une véritable « trajectoire de vie ». L'action de l'ARS doit donc en tout premier lieu reposer sur une interaction forte avec les acteurs des autres champs d'intervention, au premier rang desquels les acteurs du champ social (notamment les conseils généraux) dont l'accompagnement est essentiel dans le parcours de vie des personnes. Il s'agit bien de **repenser l'accompagnement dans sa continuité et sa globalité**, en combattant les cloisonnements et en impulsant de nouvelles logiques partenariales entre les personnes, leur famille, les associations, les professionnels et les pouvoirs publics.

Pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la priorité de l'ARS est donc de favoriser le recours aux dispositifs de droit commun. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pronent l'accessibilité des établissements recevant du public pour les citoyens présentant une déficience. Dans ce cadre, l'ARS se donne également pour objectif de soutenir l'ensemble des structures relevant de son champ de compétences afin qu'elles améliorent leur accessibilité aux personnes en situation de handicap.

En la matière, **l'accès aux soins des personnes handicapées** constitue un enjeu particulier, qu'il s'agisse de l'adaptation des équipements sanitaires, de la sensibilisation des équipes à l'accueil et à la prise en charge du handicap, ou de l'accès aux campagnes de prévention et de dépistage. L'enjeu concerne notamment les lieux de soins qui manquent de matériel adapté pour les consultations des personnes handicapées (table d'examen

adaptée en gynécologie, en radiologie, dentaire, etc.). La sensibilisation des établissements et des personnels à l'importance de ces enjeux doit être améliorée. C'est également lors des hospitalisations que l'accueil des personnes handicapées doit être amélioré, en prenant en compte les besoins particuliers des personnes, au plan technique (équipements adaptés) et au plan humain (place de l'entourage dans l'accompagnement). De façon générale, pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, il faut permettre l'accès au droit commun chaque fois que possible, mais prendre en compte les spécificités liées au handicap chaque fois que nécessaire dans l'ensemble des secteurs : médecine de ville, hôpital, prévention et médico-social.

De même, l'autonomie et l'intégration dans le milieu ordinaire de vie des personnes doivent être favorisées, en développant les structures dédiées (SSIAD PH, SAMSAH). L'**inclusion scolaire et professionnelle** doit être développée afin d'être accessible au plus grand nombre. A cette fin, l'objectif d'adaptation de l'offre médico-sociale au développement de la scolarisation devra être poursuivi. Le développement des SESSAD et l'évolution de leur mode de fonctionnement (élargissement des âges d'agrément) doit permettre cet accompagnement au plus proche des lieux de vie. De même de nouveaux modèles de prise en charge spécifiques expérimentés (notamment pour les enfants autistes) en garantissant le respect des droits fondamentaux des personnes doivent faire l'objet d'une évaluation précise. L'ARS souhaite travailler en étroite collaboration avec l'Education nationale afin que la coopération définie par le décret et l'arrêté du 2 avril 2009 puisse être effectivement mise en œuvre.

1.3.2.4. Mobiliser de nouveaux outils au service du respect des droits des usagers

Le respect des droits des usagers fait partie intégrante de la qualité des parcours de santé.

En matière de respect des droits collectifs, l'ARS doit tout d'abord s'assurer, en lien avec les opérateurs de la santé et du médico-social, de la **qualité des modes de représentation** des usagers, à commencer bien sûr par les instances de démocratie sanitaire (CRSA, conférences de territoire). Au-delà, l'ARS a pour objectif de s'assurer que la représentation des usagers donne lieu à une prise de parole effective, écoutée, et efficace pour garantir que les décisions prises soient conformes aux besoins des patients et usagers.

En matière de **droits individuels** des patients, le premier objectif de l'ARS est de contribuer à ce qu'ils soient mieux connus des usagers eux-mêmes et des professionnels de santé. Pour assurer leur prise en compte dans chaque point de l'offre de santé, l'ARS souhaite inscrire **des engagements en la matière dans chaque démarche de contractualisation** (CPOM, contrats locaux de santé, appels à projet…) et d'évaluation (indicateurs).

Plusieurs champs de l'offre de santé engagent des enjeux spécifiques en la matière.

Il s'agit en premier lieu du champ de la **santé mentale**, pour lequel l'ARS entend favoriser des actions spécifiques en faveur de la déstigmatisation et de la lutte contre la discrimination des personnes atteintes de troubles psychiatriques. De même, la discrimination des personnes en situation de handicap à cause des conséquences de leur handicap doit faire l'objet d'une attention et d'une vigilance sans faille.

L'ARS prêtera par ailleurs une attention particulière à la prévention des phénomènes de **maltraitance**, qu'elle intervienne en hébergement, à l'hôpital ou à domicile. L'action devra cibler par exemple la promotion de la bientraitance en EHPAD, pour laquelle la formation des personnels est un levier majeur. Il faut également disposer d'outils pour apprécier l'organisation et le fonctionnement des structures et ainsi aider au repérage des situations présentant des risques sur ce plan. L'enquête annuelle sur la bientraitance des personnes âgées accueillies en EHPAD, menée en lien avec l'ANESM et fondée sur une autoévaluation des pratiques de bientraitance, constitue un moyen pour les établissements de s'interroger sur leurs pratiques et permet d'avoir une connaissance plus précise de la situation d'ensemble et par conséquent de définir des actions éventuelles à entreprendre.

L'enjeu est aussi de mettre l'accent sur l'accès aux droits fondamentaux et notamment, pour tous les patients au droit de voir sa douleur prise en compte et soulagée, pour l'accès aux soins palliatifs et pour l'accompagnement en fin de vie. L'ARS devra être

attentive à ce que toute personne et son entourage bénéficient, au delà des soins palliatifs, d'une assistance digne et adaptée aux conditions de la fin de vie, quel que soit le lieu où celle-ci se déroule (hôpital, établissement médico-social ou domicile).

Enfin, le respect des droits des patients implique aussi de s'attacher à mettre en œuvre au sein de l'Agence un **service performant de gestion des réclamations** dédié tout autant à l'amélioration des relations avec les usagers qu'à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'ARS s'engage donc dans ce domaine à ce qu'une réponse soit apportée à chaque Francilien qui s'adressera à elle et à contribuer, dans un esprit de partenariat aves d'autres instances ou opérateurs (Conseil régional de l'ordre, Médiateur de la République, Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, Assurance Maladie, hôpitaux, organisations professionnelles,...) à l'amélioration des pratiques issues de l'analyse systémique des réclamations.

1.3.2.5. Intégrer les enjeux de la cohésion sociale

Si l'ARS a l'ambition d'assurer aux Franciliens des parcours de santé cohérents et de qualité, elle ne peut y parvenir sans développer des interactions fortes avec les acteurs du champ social. Les problèmes engendrés par la maladie, la dépendance ou le handicap sont de fait fortement corrélés aux enjeux sociaux des parcours de vie.

Ainsi, la prise en charge, au plan sanitaire ou médico-social, des pathologies chroniques, du handicap ou de la dépendance ne peut être cohérente et efficace que si les conditions de l'accompagnement social sont réunies. Une articulation défaillante est source de ruptures dans le parcours de vie, et donc dans le parcours de santé du patient. De même, certaines pathologies corrélées à la précarité, comme la tuberculose, requièrent dans le cadre de leur prise en charge une prise en compte forte des conditions sociales.

C'est pourquoi l'ARS, consciente de la nécessité d'assurer une intégration forte entre son ambition et les actions de la cohésion sociale, s'engagera pour travailler en lien étroit avec l'ensemble des partenaires impliqués dans l'intervention sociale. Il s'agit des services de l'État (direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, directions départementales de cohésion sociale), mais également des services des collectivités territoriales (conseils généraux, communes et communautés de communes, conseil régional impliqué dans la formation des professions sanitaires et sociales) et des organismes de protection sociale (régimes d'assurance maladie, CAF...).

1.3.2.6. Améliorer la lisibilité des parcours de santé pour les usagers

La cohérence du parcours de santé repose également sur sa lisibilité pour l'usager ; la compréhension par l'usager des différentes étapes du parcours, sa capacité à anticiper les risques éventuels de chaque séquence, son adhésion à l'enchaînement des différentes phases de son parcours sont des éléments essentiels pour assurer la qualité et la cohérence d'un parcours dont l'usager soit acteur à part entière. Inversement, une compréhension limitée est un facteur majeur d'inégalités. L'ARS s'engage donc à contribuer à améliorer la lisibilité des parcours.

Plusieurs leviers peuvent être envisagés à ce titre. La mise à disposition par l'ARS d'informations sur l'offre francilienne de santé est un premier élément. D'autres dispositifs peuvent être encouragés, en lien avec leurs promoteurs au niveau national : consultation d'annonce (Institut national du cancer), parcours personnalisé du patient (Plan cancer, Haute Autorité de Santé). Le cas particulier de l'information préalable et détaillée du patient sur le déroulement d'une hospitalisation programmée peut par ailleurs relever de dispositions spécifiques dans le cadre des CPOM que l'ARS signe avec les établissements. Enfin, le renforcement de l'offre de premier recours participe également à l'amélioration de la qualité de cette information.

1.4. PATHOLOGIES ET POPULATIONS : LES PARCOURS DE SANTÉ PRIORITAIRES POUR L'ARS

Les ambitions de l'ARS pour structurer des parcours de santé adaptés aux besoins de chaque Francilien trouveront dans les schémas leurs déclinaisons opérationnelles. Pour autant, l'ARS a d'ores et déjà défini plusieurs domaines de prises en charge et pathologies pour lesquels une amélioration des parcours de santé est prioritaire compte tenu des besoins de la population francilienne. Sur ces priorités stratégiques, la démarche d'optimisation des parcours de santé fait l'objet d'orientations spécifiques.

L'ARS entend promouvoir un abord des parcours de santé qui privilégie une **approche transversale** sur l'ensemble de son champ de compétences, défini par la loi. C'est une approche exigeante, car elle oblige à trouver de nouveaux modes de lecture des priorités recensées dans les différents exercices de planification mis en place aujourd'hui, et qui aboutissent à des interventions bien souvent non coordonnées entre elles, dictées par le découpage de l'offre institutionnelle, et non par une logique de continuité des parcours au service des populations.

Toutes les thématiques que devra aborder l'Agence auront à prendre en compte cette dimension transversale. Toutefois, cette logique transversale n'est pas suffisante pour enclencher de nouvelles approches. La promotion de la santé, la prévention, les soins de premier recours, les soins spécialisés, les services médico-sociaux s'intègrent dans une logique de parcours des personnes, qui ne doit pas se traiter schéma par schéma, programme par programme. Il a donc été décidé, à l'ARS Île-de-France, de donner **un accent fort à la prévention** et à la promotion de la santé, qui se situent de manière naturelle en amont de toute activité de santé.

C'est donc par cette entrée sur la prévention qu'ont été privilégiées certaines thématiques de santé. Ces thématiques ne résument pas l'action de l'Agence pour les prochaines années, car l'Agence devra prendre en compte l'ensemble des plans et programmes nationaux élaborés tout au long de la phase de réalisation du PRS et les activités régulières dont l'Agence à la charge. Toutefois, elles constitueront des axes forts qui seront retrouvés au sein des trois schémas élaborés dans le cadre du PRS et dans leur mise en œuvre au plan local.

1.4.1. Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention

1.4.1.1. Lutter contre la mortalité infantile

L'Île-de-France connaît une situation particulière concernant la mortalité infantile, avec des indicateurs dégradés, notamment sur certains territoires vulnérables. Cette situation n'est pas acceptable et appelle un engagement fort de l'ARS, qui fera l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM[43] avec l'objectif de **diminuer le taux de mortalité infantile de 4 ‰ à 3,5 ‰ en 2013**. Dans le cadre du PRS, des actions particulières seront mises en place pour mieux comprendre les raisons de ce taux important de mortalité infantile et pour délimiter des actions concomitantes et articulées dans le champ de la prévention et dans le champ de la prise en charge. En effet, il convient d'agir de manière simultanée sur l'ensemble de la chaîne aboutissant à cette situation : mobiliser les acteurs intervenant dans le champ social pour permettre un **repérage précoce** des femmes en difficulté, renforcer le suivi des femmes hébergées, prendre en charge de façon adéquate l'ensemble de la grossesse, offrir des conditions optimales d'accouchement et permettre un **accompagnement sanitaire et social dès la sortie de la maternité**. Un fort partenariat avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et avec les services de PMI sera donc privilégié.

L'ARS souhaite en outre renforcer la place de l'action sociale, dans une démarche de santé, à travers par exemple le rôle des médiateurs santé et des femmes-relais. Leur rôle est majeur pour l'accès aux services de santé de certaines populations défavorisées. De même, il importe de soutenir les démarches d'accès à ces services : aide à l'ouverture des droits, interprétariat, etc. Les contrats locaux de santé pourront constituer un levier pertinent pour valoriser le rôle de ces acteurs spécifiques.

1.4.1.2. Assurer l'équité dès le départ, en partenariat avec les acteurs de l'enfance

De nombreuses études montrent que, pour réduire les inégalités de santé, il faut mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge. L'ARS ayant fait de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé une priorité, elle mettra en avant toutes les opportunités pour développer cet axe dans le cadre du PRS. Les thématiques qui seront à développer seront nombreuses, centrées sur la promotion des **déterminants d'une bonne santé** (nutrition, environnements sains, prévention des addictions, prévention des maltraitances...). L'ARS souhaite également améliorer l'accès à la pédopsychiatrie, sa répartition en grande couronne et l'accessibilité des CMP avec l'ambition de favoriser l'accès des enfants et des adolescents à des prises en charge adaptées.

Ceci implique avant tout le développement d'un fort **partenariat**, car il faudra mettre en cohérence l'ensemble des partenaires qui interviennent auprès du jeune enfant et de sa famille. Ainsi seront impliqués les collectivités territoriales en charge de la PMI ou des modes de garde du jeune enfant, l'Education nationale responsable des programmes à partir de la maternelle, les organismes de protection sociale et notamment les CAF, les services de l'État en charge des réseaux de parentalité... Au niveau des acteurs de santé, outre la PMI déjà citée, il sera nécessaire de sensibiliser les services d'obstétrique et de pédiatrie, mais également l'ensemble des professionnels libéraux ayant à prendre en charge l'enfant et sa famille ; pour ne prendre qu'un exemple, l'amélioration de l'équité d'accès à la **vaccination rougeole, oreillons, rubéole** chez les enfants de 24 mois fera l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM de l'ARS[44], l'objectif étant d'atteindre une couverture de 95 % en 2013 alors qu'elle n'atteint pas 90 % dans certains départements aujourd'hui. Enfin, une attention particulière devra être portée à la prévention et à la promotion de la santé auprès des enfants porteurs d'un handicap, physique, sensoriel, mental ou cognitif. La prévention de l'obésité et du surpoids infantiles, enfin, devra faire l'objet d'un effort particulier en Île-de-France[45].

1.4.1.3. Promouvoir la santé des jeunes

La santé des jeunes a été pendant longtemps un secteur délaissé des politiques de santé, au motif que dans cette population les taux de mortalité et de morbidité étaient bas. Toutefois, depuis quelques années, le constat est souvent fait d'un état de santé alarmant des jeunes, notamment en ce qui concerne le **cumul de conditions défavorables** à la santé : mauvaises conditions de nutrition, addictions, prises de risque, notamment en ce qui concerne les traumatismes violents, problèmes de santé mentale... La question de l'**éducation à la vie affective et sexuelle** est un axe essentiel chez les jeunes. Ainsi, les questions de contraception, de recours à l'avortement, de prévention des maladies sexuellement transmissibles (IST, VIH, vaccination HPV) devront faire l'objet d'actions spécifiques précisées dans le schéma régional de prévention. La question spécifique de la **santé mentale** des jeunes est également un sujet majeur à traiter ; elle doit faire l'objet d'interventions combinant des mesures de prévention (comme la prévention du suicide et des tentatives de suicide, la prévention des addictions) et un accès facilité aux dispositifs de soins, notamment par l'intermédiaire des maisons des adolescents.

L'ARS souhaite développer des actions de prévention et de promotion de la santé en direction des jeunes qui y ont le moins accès, en ciblant, en lien notamment avec les missions locales ou les Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), les jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires, les jeunes en apprentissage et ceux en situation d'insertion professionnelle, ou les jeunes en situation de handicap.

Par ailleurs, les jeunes sont souvent éloignés du système de santé, préventif et curatif, et la question de l'**accès aux droits** est réelle, notamment pour les jeunes en situation précaire, les jeunes des secteurs ruraux ou ceux en rupture familiale ou sociale. L'accès au médecin traitant, le dépistage de certaines pathologies, la bonne santé buccodentaire sont des exemples de l'importance d'une bonne entrée dans le système de soins.

Dans cet objectif, l'ARS se propose, dans le cadre d'une corégulation avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et comme l'autorise un décret de 2008, de convertir certains services universitaires de médecine préventive et de promotion de la

santé, après évaluation des besoins, en centres de santé, permettant un **meilleur accès des étudiants aux prescriptions, aux soins et à l'éducation pour la santé**. De même, la prise en charge de ces populations nécessite une mobilisation des services médico-sociaux. C'est vrai pour les personnes atteintes d'un handicap, mais également pour le cas des addictions, où les dispositifs doivent être mobilisés en étroite collaboration avec le volet prévention.

1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne

Les nouveaux besoins de prise en charge, induits notamment par la prévalence croissante des maladies chroniques, font que le parcours de santé se complexifie, devant prendre en compte à la fois les progrès curatifs et l'hyper technicité, la nécessaire globalité de l'approche de la personne et la continuité de sa prise en charge au plus près de ses besoins quotidiens.

1.4.2.1. Face aux maladies chroniques, assurer une prise en charge transversale et coordonnée

En Île-de-France, une personne sur 5 est atteinte d'une maladie chronique. L'analyse prospective de cette situation souligne que le vieillissement de la population et le progrès thérapeutique vont accroître ce phénomène. Cette situation engendre des coûts de prise en charge importants, et il convient de souligner qu'entre 2008 et 2009, le nombre de personnes admises en ALD a augmenté de 5,2 %, les diabètes, l'hypertension artérielle et les cancers représentant 80 % de cette augmentation.

De l'asthme infantile au diabète de la personne âgée, de la drépanocytose (dont la prévalence est importante en Île-de-France) au VIH et aux hépatites, une maladie chronique, quelle qu'elle soit, détériore la qualité de vie, cette dégradation étant fortement **sensible aux inégalités sociales**, qu'elle contribue en outre elle-même à aggraver.

L'ARS a pour objectif de renforcer le parcours de santé des personnes concernées, dans un souci de qualité et d'équité d'accès. Cette ambition passe à la fois par un renforcement de la prévention primaire et du dépistage, et par un renforcement des prises en charge, notamment en termes d'accès à l'**éducation thérapeutique du patient**. Celle-ci, reconnue et formalisée par la loi HPST, permet de disposer d'un référentiel de pratiques, précisé par les textes d'application. Il s'agit donc d'un axe important, que l'ARS souhaite développer selon des orientations stratégiques précises[46] et en s'appuyant sur une plateforme ressource (voir encadré). Elle est un élément essentiel de la capacité de notre système de santé à prendre en charge l'ensemble des maladies chroniques.

Pour chaque pathologie chronique, le parcours de santé des Franciliens devra être mieux structuré et mieux adapté aux besoins des populations. Dans un premier temps, l'ARS accordera une focale particulière aux parcours des patients souffrant de certaines pathologies présentant en Île-de-France une situation particulièrement préoccupante : **le diabète**, qui concerne près de 360 000 patients avec de fortes disparités entre territoires et une grande hétérogénéité de l'accompagnement, notamment en matière d'éducation thérapeutique ; **l'asthme** et les affections respiratoires, pour lesquelles l'enjeu de la pollution en Île-de-France engendre des dimensions spécifiques ; l'**hypertension artérielle**, l'insuffisance cardiaque et la maladie coronarienne, avec des prévalences plus élevées que les moyennes nationales particulièrement dans certains départements ; et enfin l'**insuffisance rénale** chronique, avec là encore des prévalences élevées et de fortes marges de progrès en termes de qualité dans la structuration des prises en charge.

L'ARS a par ailleurs une ambition forte pour la structuration des parcours de santé dans le champ du **cancer**, où l'Île-de-France présente une situation paradoxale avec une sous-mortalité pour les hommes et une surmortalité chez les femmes. Parmi les enjeux spécifiques à la région, on peut identifier la prévention des facteurs de risque, notamment pour le cancer du poumon féminin, la compréhension de l'impact de l'environnement, et enfin la prévention des risques professionnels, mais aussi l'accès au dépistage organisé ou la structuration des passerelles entre dépistage et prise en charge rapide. La sur-incidence du cancer du sein chez les Franciliennes requiert une attention particulière. Sur l'ensemble de ces sujets, la problématique des inégalités sociales est bien sûr un prisme d'action essentiel, structuré aujourd'hui

par les engagements du Plan national. Par ailleurs, avec plus de 50 % des patients qui survivent à leur cancer après 5 ans, l'accompagnement pour mieux vivre pendant et après le cancer est également un enjeu majeur. La qualité du service rendu par l'offre de soins, que ce soit notamment en termes d'accès au progrès thérapeutique et en termes de qualité humaine des prises en charge, est également un axe prioritaire de l'action.

Dorénavant assimilé à une affection chronique sous l'effet des progrès thérapeutiques majeurs de ces dernières années, l'**infection par le VIH/sida**, avec près de la moitié des nouveaux cas de métropole, constitue également une priorité pour l'Île-de-France. L'ARS a pour objectif de contribuer à prévenir les nouvelles contaminations et de renforcer le parcours des patients franciliens, en luttant notamment contre les dépistages tardifs et les défauts de coordination, alors qu'une personne sur 3 a découvert sa séropositivité à un stade avancé en 2009. Il convient notamment de favoriser la mobilisation des professionnels de premier recours et les structures associatives, à la fois pour promouvoir les nouvelles stratégies nationales de dépistage élargi, et pour accompagner le parcours des personnes vivant avec le VIH au quotidien.

Enfin, conformément au Plan national **Maladies rares**, l'ARS souhaite maintenir et améliorer les dispositifs d'action et de mobilisation en faveur des maladies rares. L'ARS s'engagera dans la mise en œuvre de ce plan en Île-de-France en co-pilotant avec la DGOS l'identification et la structuration des filières maladies rares. En outre, elle intégrera au programme de télémédecine la question des maladies rares, elle identifiera au travers des CPOM les crédits alloués aux structures dédiées et prendra en compte l'activité de consultations lourdes et pluridisciplinaires pour le financement des centres de référence. Elle identifiera les centres de répit et élaborera dans les SROMS un plan d'action en prenant en compte la programmation des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et le développement des plates-formes de répit et d'accompagnement des aidants.

METTRE EN PLACE UNE PLATE-FORME-RESSOURCE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients atteints de maladie chronique à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur pathologie. L'éducation thérapeutique du patient participe ainsi non seulement à l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à sa qualité de vie, mais vise aussi à la réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences, des visites médicales non programmées.

Sur le terrain, l'ETP, pratiquée depuis de nombreuses années, reste une activité ponctuelle, liée au dynamisme de certains professionnels, et très hospitalo-centrée. L'augmentation du nombre de malades chroniques implique de développer l'offre régionale d'ETP, aujourd'hui trop limitée et mal adaptée à la diversité de la population des malades chroniques.

Même si l'éducation thérapeutique du patient ne bénéficie pas de financements à la hauteur des enjeux, l'ARS a pour objectif de promouvoir la création d' une plate-forme-ressource en ETP devant contribuer à développer une vraie dynamique dans la région, avec pour objectifs d'assurer la mobilisation des professionnels de santé et l'amélioration de la coopération interprofessionnelle, de diffuser des informations et outils pour harmoniser les pratiques d'ETP et développer une démarche qualité, et enfin de faciliter le développement de pratiques d'ETP personnalisées au plus près des besoins des patients, y compris à domicile.

1.4.2.2. Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale

La santé mentale doit être envisagée dans son acception large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques. Le défi que devra relever l'ARS est de permettre une nouvelle

approche qui puisse à la fois promouvoir un concept nouveau de santé mentale, aider à « **déstigmatiser** » les pathologies mentales et permettre une prise en charge adaptée, mobilisant de manière coordonnée et articulée l'ensemble des ressources, sanitaires et médico-sociales.

Dans cette perspective, une première orientation concerne l'amélioration de la **lisibilité de l'offre** de prise en charge, dans un domaine à la complexité bien connue ; suivant le modèle du guide parisien, qui a fait la preuve de son utilité depuis sa parution en 2006, l'ARS envisage de promouvoir l'élaboration d'un guide de la santé mentale pour chaque département francilien. Au-delà, l'objectif doit clairement être de mettre en réseau et de mieux coordonner les informations riches et nombreuses mais trop cloisonnées qui sont disponibles dans ce champ aujourd'hui. Enfin, dans le souci de mieux informer le public et de lutter contre la stigmatisation des malades, l'ARS réfléchit aux modalités de sensibilisation pertinente, autour de l'organisation par exemple d'une journée francilienne de la santé mentale permettant de diffuser de façon large des éléments de connaissance et d'information et de valoriser les actions conduites sur le terrain.

Par ailleurs, la santé mentale est au confluent de nombreuses priorités et doit être présente à différents niveaux : qu'il s'agisse des déterminants de santé, de la relation avec le monde du travail et de l'entreprise, du problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes, de l'interaction entre pathologie mentale et grande précarité, de la dépression et de l'isolement de la personne âgée, ou encore du lien entre addictions et santé mentale, de la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre du premier recours… la liste des enjeux de santé afférents est longue et mérite que cette priorité soit fortement affichée par l'ARS. Les trois schémas, de prévention, d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale, auront ainsi une lecture commune des priorités, permettant d'assurer une cohérence des objectifs opérationnels et actions retenues.

Compte tenu de l'importance, pour assurer une telle articulation, de la dimension territoriale, l'ARS souhaite engager une politique volontariste de promotion des **conseils locaux** de santé mentale, qui pourront s'articuler avec les contrats locaux de santé.

1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques

1.4.3.1. Rapprocher la prévention et les soins des populations fragilisées

L'ARS a une responsabilité particulière à l'égard de ceux qui, en Île-de-France, subissent une situation de précarité. Particulièrement aiguë en Île-de-France, cette réalité recouvre des situations diverses : il peut s'agir des personnes sans logement ou en hébergement, de travailleurs migrants, de personnes incarcérées ou sortant de prison, de personnes en rupture de travail ou en travail précaire, d'étrangers en situation irrégulière, de jeunes en rupture familiale ou ayant bénéficié de mesures éducatives, etc. Si l'ensemble du champ de compétences de l'ARS est concerné par la prise en charge de ces populations en difficulté, un accent majeur doit être mis sur les domaines de la prévention et des soins.

La **prévention** est non seulement à développer, mais à adapter à des populations très souvent éloignées de ces préoccupations, avec pour résultat des indicateurs de santé très dégradés. Le travail préventif doit donc être renforcé, en intense articulation avec les secteurs œuvrant auprès de ces populations, qu'il s'agisse du logement (hébergement, logement adapté ou logement de droit commun), de l'accès aux droits sociaux ou de l'accès au travail. Les déterminants de santé seront également l'objet d'interventions spécifiques, que l'on pense à la nutrition ou aux addictions. Les populations emprisonnées doivent également faire l'objet d'un engagement fort pour rapprocher de leurs besoins spécifiques l'accès à la prévention et aux soins.

Les difficultés d'**accès aux soins** de ces populations sont un axe majeur que doit résoudre l'ARS si elle veut réduire les inégalités de santé : capacité à être pris en charge par les soins ambulatoires (soins de premier recours, incluant les soins bucco-dentaires), accès garanti aux établissements de santé, etc.

Le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (**PASS**) devra être évalué afin de garantir une véritable accessibilité, qu'elle soit financière, géographique ou culturelle. Enfin, l'ensemble des mesures spécifiques auprès des populations en situation de précarité sera décliné au sein du

programme d'accès à la prévention et aux soins (**PRAPS**), défini par la loi comme un des programmes obligatoires figurant dans le PRS. Ce programme, qui permet notamment de **mettre en réseau les professionnels des champs sanitaire et social**, hospitalier et libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion, est un levier majeur au service de l'accompagnement des besoins spécifiques de ces personnes qui doivent être traités de manière globale et concertée.

1.4.3.2. Prendre en compte les besoins spécifiques engendrés par le vieillissement

L'ARS aura à développer un ensemble d'actions et de services envers les personnes âgées, au regard de l'évolution démographique et de ses conséquences non seulement pour la prise en compte des maladies chroniques et des polypathologies, mais aussi pour prévenir et prendre en charge les problèmes liés à la dépendance. Il s'agit d'un domaine dans lequel le champ de compétences élargi de l'ARS est un atout certain. Il permet d'assurer une vision globale des prises en charge, en privilégiant la continuité des interventions et la cohérence des services, tout en promouvant un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les Conseils généraux. Ces caractéristiques en font un domaine d'intervention stratégique et prioritaire pour l'ARS.

L'articulation entre prévention, soins et actions médico-sociales autorise une large gamme d'actions, que ce soit pour prévenir les effets du vieillissement, éviter les hospitalisations inutiles des personnes âgées ou assurer autant que faire se peut le maintien à domicile des personnes dépendantes. A titre d'exemple, une lutte efficace contre la **dénutrition** des personnes âgées devrait permettre d'éviter des hospitalisations inutiles et améliorer le bien-être des personnes dépendantes, qu'elles vivent au domicile ou en institution. De même, la prévention et la réduction des **risques de chute** constituent un sujet important. Le maintien ou le retour à domicile peuvent nécessiter des mesures diverses (apprentissage du maintien de son équilibre corporel, aménagement du domicile,...). L'organisation d'ateliers d'information et d'éducation constitue une formule adaptée pour répondre à ce besoin, à l'initiative, le plus souvent, de communes et d'associations. Le plan national Bien vieillir a permis d'aider au financement d'actions de ce type jusqu'en 2009. Il serait souhaitable de pouvoir soutenir, sinon généraliser, les initiatives locales dans ce domaine. La prévention et la réduction des risques de chute concernent également les établissements, notamment les EHPAD qui peuvent y remédier par des mesures d'organisation et de formation des personnels.

Une attention particulière sera donnée au développement des actions relatives à la maladie d'Alzheimer qui constitue un chantier présidentiel et fait l'objet d'un plan national spécifique.

1.4.3.3. Assurer une prise en charge globale des difficultés liées au handicap

Le champ du handicap est large, pouvant toucher des personnes à tout âge de la vie. Il englobe aussi bien le handicap physique et sensoriel que le handicap mental, cognitif ou psychique et le polyhandicap. C'est un champ complexe et multiple dont les caractéristiques doivent être prises en compte : diversité des pathologies et des situations, du handicap congénital à l'accident en passant par les dépendances du grand âge ; conséquences sur les conditions de vie ; absence de perspective de guérison ; souffrances et vécu de la discrimination. Face à cette complexité que les lois de 2002 et de 2005 ont contribué à reconnaître, le premier enjeu concerne l'identification des besoins spécifiques des personnes à travers la précision du diagnostic et la formulation d'une politique spécifique. L'ARS considère en tout premier lieu qu'un effort est à conduire pour construire un véritable **système d'information régional** relatif au handicap, effort nécessairement collectif associant en premier lieu les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) mais également d'autres acteurs, pouvant déboucher sur un observatoire du handicap. L'ARS sera en outre attentive à valoriser en la matière l'expertise des associations pour identifier et analyser les besoins.

Le handicap nécessite une approche globale sur l'ensemble du champ de compétences de l'ARS. L'articulation de la prévention, des soins et des services médico-sociaux est une exigence pour une prise en charge de qualité des problématiques vécues par ces personnes. De même, l'implication de l'ensemble des partenaires disposant

d'une compétence propre, en priorité les Conseils généraux, est essentielle pour permettre d'assurer cette continuité des services, et pour articuler la réponse aux besoins proprement sanitaires avec la réponse aux enjeux liés à la dimension sociale du handicap. L'action de l'ARS se doit donc d'être soutenue dans ce domaine, mettant constamment en avant le bien-être des personnes et permettant de limiter les soins hospitaliers à ce qui est nécessaire.

Une illustration de l'importance de cette approche globale peut être donnée à propos des **accidents vasculaires cérébraux**, qui constituent une priorité nationale de santé publique dans le cadre du Plan national AVC. Cette thématique exige en effet de combiner tous les champs de compétences de l'Agence afin de réduire les facteurs de risque, d'agir le plus précocement possible, de diminuer les complications secondaires et de prendre en charge le handicap résiduel.

De même, la prise en charge du **handicap psychique, comportemental et cognitif** constituera un axe majeur du schéma régional d'organisation des prises en charge médico-sociales, de façon notamment à favoriser la détection précoce des troubles psychiques, à développer les solutions de travail protégé, à améliorer les articulations entre hospitalisation et milieu ordinaire de vie, ou enfin à renforcer la coopération entre structures de santé et établissements médico-sociaux.

Enfin, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées (plus rapide qu'en population générale, jusqu'à 1,5 an chaque année pour les personnes atteintes de trisomie 21) fait de la problématique des **personnes handicapées vieillissantes** un enjeu majeur, qui impose la mise en œuvre de solutions tant quantitatives que qualitatives pour la prise en charge sanitaire et l'appui à un accompagnement qui ne peut plus, de fait, reposer sur les aidants naturels.

RENFORCER LA CONNAISSANCE SUR LES PARCOURS DE SANTÉ

Pour pouvoir être évaluée à terme sur l'action qu'elle mettra en place pour renforcer la cohérence des parcours de santé, l'ARS s'engage à renforcer les systèmes d'information et la connaissance disponible sur les parcours des usagers.

La connaissance détaillée des parcours de santé, alors qu'elle contribue grandement à l'analyse des modes de prises en charge et, partant, à celle des coûts des soins, est peu développée. Si des progrès substantiels ont été réalisés depuis plus de vingt ans par l'Assurance Maladie et l'État pour constituer des bases et entrepôts de données (PMSI, ERASME, SNIIRAM), certains outils restent à généraliser ou à diffuser afin de perfectionner l'étude des parcours de santé. Ainsi les chaînages, d'une part entre séjours hospitaliers, d'autre part, entre séjours hospitaliers et soins ambulatoires curatifs et préventifs (à l'aide notamment de l'identifiant du professionnel de santé), sont des outils essentiels pour le suivi des parcours. La dynamique du système de santé, notamment l'évolution des technologies et les recours des patients atteints des différentes affections de longue durée pourraient être ainsi mieux décrits.

L'accès plein et entier des ARS aux profils de l'entrepôt SNIIRAM sera une étape indispensable (en cours d'installation) pour avancer sur cette voie à l'échelle régionale. Enfin, sous l'égide de l'ASIP-Santé, le déploiement du Dossier médical personnel (DMP) qui centre le partage des données sur le patient et sert ainsi la continuité des soins, devrait progressivement contribuer à une collecte de données de santé particulièrement utile à la conduite d'une politique régionale de santé publique efficace.

1.5. PROMOUVOIR LES DÉMARCHES DE CONTRACTUALISATION POUR L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SANTÉ

L'objectif que se fixe l'Agence de créer des parcours de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population francilienne se heurte aux insuffisances actuelles du système et nécessite d'anticiper les évolutions attendues.

L'ARS incarne, et entend mettre en œuvre, la conviction selon laquelle ces défis appellent des **réponses décloisonnées**, devant de ce fait associer des acteurs investis dans des axes différents et animés d'une volonté d'agir en complémentarité. Par ailleurs, un assez fort consensus estime que l'efficacité sera majorée si ces entreprises voient le jour dans des **dimensions territoriales adaptées**, variables selon les sujets et les éléments de contexte (quartier, ville ou regroupements de communes). En d'autres termes, c'est dans l'action de proximité que peut le mieux prendre corps l'exigence de transversalité des parcours que l'Agence entend porter.

C'est à l'échelle de la proximité que le système de santé doit évoluer du modèle d'organisation essentiellement tournée vers le soin qui a prédominé jusqu'à maintenant, vers une approche plus proactive des besoins des populations. Le terme, utilisé au Québec, de « **responsabilité populationnelle** », illustre ce changement de paradigme : il s'agit de coordonner l'offre de santé sur un territoire donné en fonction des besoins d'une population plutôt qu'en fonction des offreurs et de leurs secteurs de clientèle. Cette approche des parcours de santé revendique de placer les besoins des populations au cœur de l'organisation de la réponse à l'échelle de la proximité, alors que jusqu'à aujourd'hui c'est une logique de production de services cloisonnés qui prédominait dans la planification de l'offre de santé.

L'objectif de l'ARS est donc d'organiser, au plus près des besoins des populations sur leur territoire de vie, une réponse cohérente et adaptée, un parcours de santé structuré et fluide. Cette ambition, même s'il est vrai qu'elle dépasse le champ de compétences de l'ARS pour certains de ses aspects, sera le fil conducteur transversal des schémas d'organisation régionaux.

Pour traduire cette ambition, la méthode de l'ARS repose en tout premier lieu sur la valorisation des professionnels engagés et sur le **dialogue** avec les offreurs de santé sur le terrain. Alors que l'Agence dispose d'ores et déjà de leviers sectoriels auprès de chaque type d'offreurs au travers de ses différents outils contractuels (CPOM avec les établissements, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins…), l'objectif est de créer une réelle convergence entre ces différents outils autour d'objectifs partagés et de synergies nouvelles.

Il revient donc à l'ARS d'impulser une mobilisation pour **faire émerger et accompagner des initiatives territoriales innovantes de prises en charge intégrées**. Cette dynamique pourrait reposer sur quelques principes :

- dimension partenariale ;
- progressivité de la démarche ;
- diversité de sujets et de contexte dans une dimension territoriale définie ;
- projets groupés.

En effet, la recherche de décloisonnement et de transversalité doit impliquer une dynamique nouvelle associant des partenaires souvent étrangers jusqu'ici. Faire entrer ces notions en pratique nécessite une progressivité (et un apprentissage collectif) consistant dans un premier temps à identifier un nombre de projets limité, projets qui seront présentés sur tout sujet susceptible de traduire une meilleure intégration de dimensions traditionnellement disjointes de la prise en charge.

Afin de donner aux actions définies dans son plan stratégique une déclinaison transversale dépassant les cloisonnements « en silos » sur le terrain, l'ambition de l'ARS est de structurer des espaces de contractualisation dans lesquels l'organisation des parcours de santé se fasse autour d'objectifs contractuels partagés entre tous les acteurs concernés, qu'il s'agisse d'offreurs de santé ou d'acteurs publics.

PARTIE IV - OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1. ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ

L'objectif est de définir et mettre en œuvre des politiques cohérentes et organisées entre professionnels de santé au sein d'une entité géographique homogène, en utilisant l'ensemble des outils disponibles. Il s'agit ainsi de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des parcours de santé d'une population sur un espace de vie donné.

Fondée sur des diagnostics territorialisés de l'adéquation de l'offre de santé avec les besoins, cette contractualisation avec les acteurs locaux de la prévention, du soin et du secteur médico-social, qui devrait être associée autant que possible à une gestion de plus en plus transversale des financements, pourra à terme permettre de bâtir une gouvernance de l'offre de santé au plus près des besoins des populations

Cet espace de contractualisation n'est pas un nouvel outil : c'est une **nouvelle démarche** qui peut et doit intégrer les outils existants de contractualisation et de coopération, en les mettant au service d'une logique globale.

RÉNOVER LA CONTRACTUALISATION AVEC LES OFFREURS DE SANTÉ

Conformément à l'exposé des motifs de la loi HPST, pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions et mettre en œuvre des solutions pragmatiques, l'Agence recourra de façon privilégiée à la démarche de contractualisation, en particulier au travers des CPOM qu'elle signe avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, mais aussi au travers des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, ou encore, dans un registre différent, au travers des contrats locaux de santé.

La contractualisation est une démarche fondée sur le partenariat et la valorisation des acteurs avec lesquels l'ARS entend travailler à l'amélioration de l'offre de santé. C'est un levier d'action pertinent pour favoriser la coopération des acteurs locaux et leur créativité, mais aussi pour organiser une logique horizontale de coordination et de transversalité entre les acteurs d'un territoire. Pour l'ARS, la contractualisation représente l'occasion de fédérer autour d'un projet de santé une pluralité d'acteurs locaux. La mise en cohérence de ces différents outils de contractualisation au service des besoins locaux des populations est donc une priorité stratégique.

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES : UN EXEMPLE D'ACTION DANS LE NORD DE PARIS

L'ARS Île-de-France met en place un projet spécifique pour l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées dans le nord de Paris. Ce projet est conduit en partenariat avec l'ANAP qui en assure la chefferie de projet et en lien avec la CPAM 75. Il intègre des offreurs de santé, professionnels de terrain impliqués localement auprès des personnes âgées. L'initiative est menée en parallèle dans deux autres ARS (Languedoc-Roussillon et Pays de la Loire).

L'ambition de ce projet est, en s'appuyant sur les dispositifs innovants d'ores et déjà existants pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées (CLIC, réseaux, filières gériatriques), de rénover en profondeur l'approche des parcours de santé :

- l'offre : limiter les risques de rupture aux interfaces, améliorer la coordination, mieux différencier l'offre des différents acteurs, privilégier les alternatives à l'hospitalisation, développer les métiers émergents ;

- la régulation : prendre une place croissante dans la gouvernance territoriale pour jouer un rôle d'ensemblier au plus près des opérations ;

- le financement : aligner les incitatifs économiques pour favoriser la coordination et favoriser la prise en charge des personnes par les bons acteurs au bon moment ;

- les systèmes d'information : passer d'une information sur des « épisodes de soins » à une information sur des « parcours de santé ».

PARTIE IV - OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1. ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ

Avec près de 40 000 personnes âgées identifiées sur le périmètre défini à la croisée de plusieurs arrondissements du nord de Paris (9ème, 10ème, 18ème, 19ème), le projet se concentre dans un premier temps sur des objectifs de court terme : réduire la iatrogénie médicamenteuse, diminuer les passages aux urgences, prévenir la dénutrition. Ces objectifs doivent mobiliser l'ensemble des offreurs intervenant auprès des personnes âgées du territoire, de façon à ce qu'ils se saisissent des aspects sur lesquels ils ont un impact d'une part, de façon à ce que d'autre part ils s'investissent dans la coordination avec leurs confrères et collègues sur l'atteinte d'objectifs précis pour ces enjeux.

À moyen terme, le projet passe par la définition de parcours adaptés pour ces personnes âgées, par la qualification des écarts qui en différencient les parcours réels d'aujourd'hui, et par la mise en œuvre de solutions correctrices.

2. AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans un environnement en mutation, incarnant une volonté politique de rénovation profonde du système de santé, l'ARS doit fixer le cap des changements importants qu'appelle le contexte actuel.

2.1. PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SANTÉ

L'ARS a vocation à s'assurer de la qualité des services que les offreurs de santé rendent aux Franciliens. En coordination avec les acteurs compétents en la matière, elle veut s'attacher à promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans ses différents champs de compétences. Les transformations qui affectent aujourd'hui la pratique des professions de santé justifient, comme le prévoit la loi HPST au titre des missions de service public que l'ARS doit défendre, une redynamisation du service public de formation et d'accompagnement, tant pour la formation initiale que pour le développement professionnel continu.

2.1.1. Mobiliser les atouts de la formation initiale des professionnels de santé

Pour préparer la santé de demain, l'ARS doit contribuer à la qualité de la formation initiale des professionnels de santé. En effet, en vertu de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique créé par la loi du 21 juillet 2009, les ARS « contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ». Au-delà des leviers directs dont elle dispose, l'ARS Île-de-France se donne pour objectif de contribuer à mobiliser l'ensemble des acteurs compétents pour relever les défis dans ce secteur. Il s'agit en particulier de contribuer, au travers d'une réflexion partenariale sur leurs conditions de formation initiale, à la revalorisation des métiers du premier recours.

L'Île-de-France concentre un nombre de lieux de formation des professions médicales et paramédicales particulièrement important au regard des autres régions françaises. Toutefois, cette abondance ne garantit pas une adéquation pertinente de l'offre aux besoins régionaux.

La formation des médecins généralistes constitue un premier enjeu important dans la perspective, prioritaire pour l'ARS, de restructurer l'offre francilienne de premier recours. Actuellement, concernant les médecins, l'appareil de formation est globalement riche mais forme encore pour l'essentiel à l'exercice hospitalier, ce qui est préjudiciable notamment pour la formation de futurs généralistes se destinant à l'exercice de ville. Une enquête récente (ISNAR-IMG) a montré que près de 80 % des internes de médecine générale souhaitaient exercer dans leur région d'internat : il convient donc d'utiliser la répartition des internes à l'examen national classant comme un outil de régulation démographique. La réforme du troisième cycle des études médicales permet désormais d'envisager pour une période de 5 ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier en médecine générale, et par subdivision territoriale. Cette évolution, mise en place dès la rentrée 2010, doit constituer un important levier de rééquilibrage entre les besoins et les affectations par région et par spécialité. Il importe également de développer l'offre de stage de médecine générale dans les cabinets libéraux, dans des structures collectives d'exercice (maisons de santé pluridisciplinaires ou centres de santé et de PMI) dont le nombre pourrait permettre d'accroître significativement les possibilités d'accueil. Il serait également utile de favoriser les stages dans les départements de la grande couronne en facilitant au plan logistique l'accueil des stagiaires (logement, transport,...).

Le diagnostic de l'offre de santé francilienne fait aussi clairement apparaître la nécessité de renforcer les **effectifs de la profession infirmière** en ambulatoire : densité régionale faible, déficit de professionnels en formation avec des quotas non remplis, besoins croissants de prise en charge ambulatoire liés notamment au vieillissement de la population ou à la prévalence croissante des maladies chroniques. Ce constat signifie qu'il faut développer les mesures attractives, notamment pour la prise en charge des personnes âgées et pour le secteur libéral, à travers la formation (soutenir les actions de professionnalisation des aides-soignantes

dans les EHPAD par exemple et l'exercice professionnel dans ces structures ainsi que dans le secteur libéral). Il est à noter que le développement des structures pluriprofessionnelles pourrait permettre aux jeunes diplômées du DEI d'accéder directement au secteur libéral (actuellement, il leur faut attendre trois ans d'exercice salarié). Enfin, l'ARS, consciente aussi des difficultés spécifiques des conditions de vie quotidienne de cette profession en Île-de-France, devra notamment agir pour maintenir et développer l'information à l'intention de tous les publics susceptibles d'entreprendre une formation d'infirmière et créer des postes supplémentaires dans les IFSI en adaptant la qualification des personnes aux besoins de chaque structure et/ou département.

Le secteur médico-social souffre d'une attractivité aujourd'hui insuffisante. Cela se traduit en premier lieu par le fait que les établissements et services peinent parfois à recruter et souffrent d'un important turn-over. Cette difficulté est aussi spécifiquement francilienne en raison du coût de la vie et des difficultés de transport. En parallèle, les besoins croissants et les plans nationaux (Alzheimer et autisme) supposent de développer fortement la formation initiale de personnels dont le nombre est aujourd'hui très insuffisant, comme les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Une réflexion en lien avec le Conseil régional devra permettre à l'ARS de s'associer à un effort de revalorisation des métiers du médico-social.

Enfin, pour revaloriser les métiers du premier recours, l'ARS souhaite contribuer à une réflexion partenariale avec l'ensemble des acteurs concernés pour renforcer l'attractivité et la professionnalisation des **métiers de l'accompagnement à domicile**.

2.1.2. Favoriser la qualité des pratiques professionnelles

L'optimisation de la qualité de l'offre de santé passe par le soutien à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé, dans le domaine du soin mais aussi de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, à l'échelle des individus comme à l'échelle des structures de prise en charge.

2.1.2.1. Contribuer à la diffusion des référentiels et recommandations de bonne pratique

Les champs de compétences de l'ARS font l'objet des travaux d'institutions partenaires pour l'élaboration de bonnes pratiques et de référentiels : Haute Autorité de santé (HAS) pour les pratiques cliniques, INPES dans le champ de la prévention, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour le médico-social par exemple. L'ARS entend contribuer à la diffusion de ces travaux.

Dans le domaine de la pharmacie et de la biologie, des guides de bonnes pratiques opposables sont établis par le Ministère de la Santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé (AFSSAPS). L'ARS a pour vocation de contribuer à leur diffusion et à leur mise en œuvre par les professionnels de santé.

2.1.2.2. Développer les mesures incitatives auprès des professionnels

La loi HPST offre la possibilité pour l'ARS de signer des **contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins** avec les professionnels de santé exerçant en ambulatoire, dans les établissements de santé et les établissements ou services médico-sociaux, les centres, réseaux, pôles ou maisons de santé. Ces contrats pourront porter sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, la continuité et la coordination des soins, sur les conditions d'installation, sur la permanence des soins et l'amélioration des pratiques.

Ainsi l'ARS proposera d'engager avec les professionnels de santé une réflexion sur les thèmes susceptibles de donner lieu à contractualisation. Cela pourra se faire soit sur la base de contrats types nationaux, soit en proposant des contrats régionaux à l'approbation des partenaires conventionnels et des ministères, et dans les limites financières du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

2.1.2.3. Promouvoir le développement professionnel continu des personnels soignants

Dans le champ de la formation continue des professionnels de santé, la loi HPST a redéfini un paysage jusqu'alors complexe et éclaté en regroupant les dispositifs de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) existant depuis 1995. Chaque professionnel, qu'il soit médical ou paramédical, libéral ou salarié, est aujourd'hui soumis à une nouvelle obligation de développement professionnel continu (DPC). Il a pour objectifs «l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé». L'ARS a pour mission de contribuer au déploiement de ce dispositif et soutiendra l'effort de DPC que les employeurs publics ou privés auront à établir en région.

2.1.2.4. Promouvoir la qualité des pratiques des acteurs de la prévention

Dans le but de soutenir et de valoriser les compétences des professionnels dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS souhaite développer un outil de labellisation de la qualité des projets et actions menées, concernant prioritairement les opérateurs entrant dans le cadre de conventions d'objectifs et de moyens signées avec l'ARS et dont l'activité relève majoritairement de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ce label pourrait concerner la qualité de la construction des projets, à partir d'une grille évaluant la rigueur de la méthodologie mobilisée, la précision du diagnostic de départ et le caractère validé des stratégies mobilisées. Une telle politique de labellisation devrait toutefois se doter également d'outils capables de repérer par ailleurs les interventions qui, innovantes et donc sans s'appuyer sur des stratégies validées, présentent une pertinence remarquable.

LE PÔLE RÉGIONAL DE COMPÉTENCES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : UNE PLATE-FORME POUR LA QUALITÉ DES PRATIQUES

Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé, développé en partenariat avec l'INPES, constituera une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région pour les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs…) et venir en appui de leurs actions en EPS ou promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation. Il doit à terme servir de lieu ressource pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges (inter institutionnels ou inter réseaux) de l'information, des pratiques et de l'expertise. Le pôle a également un rôle à jouer en matière d'animation et de coordination (offres de service, système d'information…) ; il sera notamment un outil pertinent pour assurer une meilleure couverture des différents territoires de la région.

L'ARS mènera également des actions visant à la **professionnalisation** et à la structuration de certains acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : mise en place d'activités de formation sur la gestion de projet concernant les actions de prévention et de promotion de la santé ; diffusion de connaissances sur les besoins de la population et les déterminants de santé ; diffusion de référentiels de bonnes pratiques (en lien avec l'INPES) ; **soutien méthodologique** sur des aspects précis de mise en œuvre de la politique de prévention en collaboration avec le pôle régional de compétences en éducation pour la santé.

L'ambition de l'ARS est également de soutenir la recherche et l'expertise en promotion de la santé, en participant à des projets de recherche dans ce domaine, et en favorisant les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain.

2.2.2. Améliorer la sécurité des soins

La survenue d'événements indésirables liés aux soins lorsque ceux-ci sont évitables est inacceptable. La nécessaire amélioration de la sécurité des soins a conduit à renforcer la surveillance des événements indésirables liés aux produits de santé (les vigilances) et aux pratiques (surveillance des infections nosocomiales, événements graves liés aux soins…) et à consolider les démarches qualité. Cette exigence de sécurité des soins est légitime et son renforcement, au niveau régional, est un enjeu tant pour les établissements de santé et médico-sociaux ou les professionnels de santé de ville que pour l'ARS qui doivent trouver un nouveau partenariat autour de cet objectif.

2.2.3. Développer la culture de l'évaluation auprès des professionnels

La littérature disponible sur la qualité des pratiques professionnelles en santé révèle que la diffusion d'une culture de l'évaluation chez les professionnels est un moteur essentiel.

Le dispositif est déjà riche s'agissant des établissements de santé. Piloté par la Haute autorité de santé (HAS), le dispositif de **certification** repose sur des pratiques d'évaluation interne et externe. L'ARS a un rôle à jouer dans la mobilisation du dispositif de certification, l'objectif de réduction du nombre d'établissements franciliens certifiés avec réserve étant inclus dans son CPOM[47] (passer de 16 à 10 % de réserves). La loi HPST prévoit désormais l'utilisation systématique des résultats de la certification des établissements de santé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre ceux-ci et les ARS. Selon les termes de la loi, ces contrats « définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification […] » (art.6 (IV) de la loi HPST modifiant l'article L.6114-3 du CSP).

Au-delà de la certification des établissements de santé, les démarches d'évaluation externe sont appelées à **s'étendre aux autres modalités d'organisation collective des soins**. Certains dispositifs sont d'ores et déjà mis en œuvre ou prévus (évaluation des centres de référence de maladies rares, certification des activités de chirurgie esthétique, évaluation des réseaux de santé, etc.). D'autres champs font l'objet de travaux préparatoires ou d'initiatives professionnelles (évaluation externe de la biologie médicale, labellisation des centres de radiologie, certification des centres de santé, etc.). L'ARS a vocation à soutenir le développement de ces démarches. Elle entend également contribuer à la promotion d'une culture de l'évaluation dans le **champ médico-social** au travers de son soutien au développement des procédures d'évaluation interne et externe ; en lien avec l'ANESM, et alors que cette proportion est aujourd'hui extrêmement faible, elle envisage dans le cadre de son CPOM de porter à 44 % d'ici 2013 la part d'établissements ayant fait l'objet d'une évaluation externe[48].

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS contribuera au développement d'une culture de l'évaluation des actions conduites au travers d'une politique de labellisation qualité qui concernera la rigueur des méthodes mobilisées, des diagnostics conduits et du caractère validé des stratégies mises en œuvre. La diffusion auprès des opérateurs de prévention en région de référentiels de bonnes pratiques en matière d'évaluation (outils INPES, HCSP etc.) contribuera également à cette démarche.

2.2. FAIRE DE LA RECHERCHE DE L'EFFICIENCE UNE CULTURE PARTAGÉE ET UN MOTEUR DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le contexte actuel appelle une action résolue pour garantir la pérennité du système de financement solidaire de la santé. Cette pérennité passe impérativement par une amélioration de son efficience, qui doit allier qualité, accessibilité et performance économique. Les conditions apparaissent aujourd'hui réunies pour que la recherche systématique d'une meilleure efficience devienne une culture partagée par l'ensemble des acteurs et

des usagers du système de santé, car l'idée selon laquelle la rationalisation des dépenses, loin d'être un rationnement, est au contraire convergente avec la recherche de la qualité, est aujourd'hui acquise et partagée. En outre, la création de l'ARS est par elle-même un atout pour améliorer l'efficience d'un système de santé dont le pilotage cloisonné a longtemps été un facteur majeur de perte d'efficience.

MIEUX CONNAÎTRE LES CONTRAINTES FINANCIÈRES ET RENFORCER LE PILOTAGE DE L'EFFICIENCE

Au-delà des indicateurs du CPOM que l'ARS a signé avec les ministres portant sur l'état de santé de la population francilienne et sur les modes d'organisation de l'offre, l'ARS souhaite développer l'évaluation de son action en matière d'efficience et de pertinence dans l'allocation des ressources de la santé en région. Dès lors, portée par l'ambition d'améliorer l'efficience du système de santé en région, l'ARS souhaite incarner une volonté réformatrice jusque dans la conception des outils et des méthodes de pilotage de la dépense de santé en région.

L'objectif est en tout premier lieu de disposer à l'avenir d'un outil d'analyse aussi exhaustif que possible des dépenses de santé effectuées au niveau de la région : dépenses de l'État bien sûr mais aussi de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales, des mutuelles, des ménages eux-mêmes, etc. Un pilotage efficient des dépenses n'est concevable qu'au prix d'une intelligibilité accrue de ce que coûte réellement à la région la prévention et la prise en charge des pathologies et des enjeux de santé publique que cela implique, à l'échelle des territoires. La complexité tient en la matière à la multiplicité des acteurs engagés dans le financement. Le pilotage se doit donc d'organiser la coordination des différents acteurs au service d'outils de pilotage financier rénovés. La logique comptable de juxtaposition des lignes budgétaires et de segmentation des interventions doit laisser place à une lecture globale de la dépense de santé organisée selon les enjeux sanitaires qui concernent la population et non plus selon les périmètres compartimentés des acteurs. L'ARS prendra l'initiative d'une réflexion en la matière avec ses partenaires.

2.2.1. Subordonner la structuration de l'offre à l'évolution des besoins

2.2.1.1. Redéfinir la place des différents offreurs dans les parcours de santé

L'organisation de l'offre de santé connaît des marges d'efficience importantes dans sa capacité à proposer le juste niveau de prise en charge aux besoins des populations. Les enjeux d'efficience concernent à la fois la capacité à mettre en relation la demande avec l'offre qui lui correspond le mieux, la meilleure gestion des interfaces entre les différents secteurs et une structuration des parcours et des prises en charge dans les territoires. Dans cette perspective, le premier défi concerne un rééquilibrage des rôles entre les acteurs de l'ambulatoire et le monde hospitalier. C'est ainsi qu'une partie de la demande de soins non programmés accueillie à l'hôpital aujourd'hui pourrait demain revenir dans une offre ambulatoire profondément réorganisée. La prévention et l'éducation thérapeutique pourraient également trouver une place accrue dans cette offre ambulatoire rénovée tout autant que le suivi de la majeure partie des soins des patients chroniques. Ceci renforcerait au demeurant le rôle d'expertise de l'hôpital souvent dilué aujourd'hui, y compris dans certains aspects d'actions de prévention ou d'éducation thérapeutique. L'un des enjeux est de mettre l'**hôpital, recentré sur des missions redéfinies, en situation d'acteur de ce changement** et de l'aider à tisser des relations nouvelles avec les acteurs du soin et de la prise en charge médico-sociale.

Le principe que l'ARS entend promouvoir dans cette restructuration est un **principe de subsidiarité dans la prise en charge** : satisfaire en ambulatoire, à qualité égale, le maximum des demandes, en réservant à l'hôpital les prises en charge plus complexes et plus coûteuses. Cette évolution est compatible avec les préférences des patients, notamment avec leur souhait d'accueil en proximité. Les innovations organisationnelles qu'il s'agit de promouvoir dans cette optique sont nombreuses, et reposent globalement sur le **renforcement de l'offre de premier recours** : centres de soins de premier recours, maisons de santé pluridisciplinaires, plates-formes de services de soins primaires dans ou près de l'hôpital, chirurgie ambulatoire, etc. Il peut s'agir également de favoriser la

prévention secondaire pour éviter les complications ou les hospitalisations.

UN OUTIL POUR ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS : LES CPOM

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que l'ARS signe avec les établissements de santé, les structures d'exercice collectif et les réseaux de santé ainsi qu'avec les établissements médico-sociaux sont un levier pertinent pour responsabiliser les acteurs sur les priorités stratégiques de l'ARS, par exemple en termes de respect des droits des patients, de sécurité des soins, de transversalité des démarches de prévention et de santé publique ou encore de coordination territoriale des parcours de santé. Le CPOM, qui est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et les titulaires d'autorisation, du SROS, est aussi pour l'ARS, conformément à l'ambition de la loi HPST, un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins. Par ailleurs, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit être considéré comme un vecteur d'adaptation susceptible d'évolution pour la mise en œuvre tant de la planification que de l'implication de l'établissement dans son environnement et pour conforter la qualité de l'offre de soins.

2.2.1.2. Revaloriser la place de la prévention

De façon connexe, il faut souligner qu'une politique d'amélioration de l'efficience en santé est inséparable d'une revalorisation en profondeur de l'offre de prévention. La part des dépenses de santé consacrées à la prévention est faible (moins de 3 % en moyenne dans les pays de l'OCDE). Pourtant, de nombreux programmes de prévention sont hautement efficaces au regard de leur coût pour améliorer la santé et la longévité ; s'il est vrai que rares sont les programmes de prévention susceptibles de réduire directement les dépenses de santé, en revanche le **caractère efficient d'une dépense visant à prévenir plutôt qu'à guérir est clairement attractif**. Ces enjeux sont donc porteurs de perspectives importantes de réorganisation de l'offre de santé, de façon notamment à faire porter les actions de prévention et d'éducation pour la santé par des acteurs d'autres secteurs mieux dotés que le secteur de la prévention. Les mécanismes d'incitation, financiers et non financiers, peuvent être utilisés, en particulier au niveau des soins primaires, pour modifier l'équilibre des soins au profit de la prévention.

Notre système de santé étant aujourd'hui plutôt structuré pour prendre en charge de façon curative et sectorisée des pathologies chroniques, le défi à relever est majeur et les leviers d'action que l'ARS peut mobiliser dans ce champ demeurent limités. Les incitatifs et outils permettant que les usagers soient pris en charge au juste niveau de recours demeurent largement à inventer.

2.2.2. Favoriser une gestion optimisée dans les différents secteurs de l'offre

Comme l'a illustré le travail de l'IGAS sur la mission de gestion du risque confiée aux ARS, **la recherche de l'efficience est d'abord une culture ou un état d'esprit** : il s'agit d'identifier, à tous les niveaux de l'action, les marges d'action pour garantir l'efficacité des dépenses au moindre coût, et de faire appel aux données de la science pour que les actions conduites, dans le domaine de la prévention ou du soin, répondent à cette exigence.

Cet état d'esprit peut se traduire en premier lieu par des **actions d'optimisation des modes existants d'organisation** ou de prise en charge : mutualisation des fonctions support dans les établissements, fluidification des organisations logistiques, lutte contre les facteurs de non-qualité, etc. Parce qu'optimiser, c'est en premier lieu maîtriser les fondamentaux de son organisation, l'ARS souhaite favoriser cette maîtrise en favorisant le partage d'expériences, en valorisant les opportunités du benchmark. Cette perspective concerne notamment la gestion des opérations à l'hôpital (optimiser le fonctionnement des blocs opératoires, optimiser les capacités d'hébergement, professionnaliser la fonc-

tion achats, maîtriser les délais de rendez-vous, augmenter le taux d'utilisation des plateaux techniques, etc.) mais aussi le secteur ambulatoire (accompagner le retour à l'équilibre financier des centres de santé) et le secteur médico-social. La promotion de l'efficience sera notamment suivie dans le CPOM de l'Agence au regard du taux d'établissements publics dont l'indice de coût relatif de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la moyenne nationale[49]. Pour se saisir de ces enjeux d'optimisation, l'ARS pourra notamment s'appuyer sur les projets d'actions thématiques de gestion du risque qu'elle met en œuvre en lien avec l'Assurance Maladie dans le cadre de son programme régional de gestion du risque, dont le taux de réalisation fera l'objet d'un suivi particulier dans son CPOM[50]. La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire[51] ou l'augmentation de la pratique de la dialyse péritonéale[52] comptent au rang des objectifs du CPOM qui nourriront cette démarche.

En outre, l'ARS veillera particulièrement à la maîtrise et à la **réduction des déficits des établissements publics de santé**[53], en s'appuyant sur un suivi réactif des plans de retour à l'équilibre, en développant ses actions d'appui à la performance, mais aussi en accélérant les recompositions et les mutualisations nécessaires.

METTRE EN ŒUVRE DES SERVICES D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ACCOMPAGNER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ

Le système de santé est confronté aujourd'hui à d'importants défis en matière de gestion de ses ressources humaines, défis qui concernent aussi bien les perspectives démographiques que l'enjeu de la mobilité des ressources dans un contexte de restructuration de l'offre et leur capacité à construire de nouvelles formes d'exercice collectif et de coopérations. En outre, l'évolution des parcours de formation, en cours de mise en œuvre, impose de disposer d'une vraie capacité d'adaptation.

Ces différentes perspectives d'évolutions requièrent une mutualisation des moyens d'accompagnement des ressources humaines du secteur hospitalier, sous la forme d'une plate-forme unique d'accompagnement et de soutien dont l'ARS entend se doter afin d'accompagner la restructuration des carrières, des modes d'exercice et des pratiques.

En parallèle, l'ARS renforce le soutien proposé aux professionnels de santé libéraux, sous la forme notamment d'une plate-forme d'appui aux professionnels de santé. Les principaux services proposés concernent des outils d'aides à l'installation tels que cartographie interactive, une présentation des aides disponibles, démarches administratives à effectuer, ou une information sur les modes d'exercices collectifs.

DÉVELOPPER LES SYSTÈMES D'INFORMATION AU SERVICE DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE

L'amélioration des pratiques et des modes d'organisation attendue par les professionnels, les patients, les gestionnaires ne sont possibles qu'avec une bonne maîtrise de l'information, elle-même servie par une diffusion large des technologies de l'information et de la communication. Cet effet de levier de la numérisation et de la circulation des données sur la qualité des organisations est constaté dans de nombreux domaines d'activité industrielle et de services, qui ont investi dans l'optimisation de leurs systèmes d'information.

Ouvrant la voie à une prise en charge médicale du patient plus fiable, plus coopérative et mieux coordonnée, à une collaboration plus étroite entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire, à une utilisation mieux maîtrisée de la ressource médicale, à une participation plus active et plus responsable du patient à son parcours de santé, à une exploitation plus efficace, enfin, des données de santé à des fins de régulation médico-économique

comme de santé publique, les systèmes d'information de santé représentent une priorité stratégique pour la qualité et l'efficience de notre système de santé. Leur modernisation constituera une priorité pour l'ARS.

En effet, nos systèmes d'information de santé sont aujourd'hui inadaptés à ces enjeux d'efficience et de qualité. Développés depuis un peu plus d'une décennie à partir de grands projets à forte composante technologique, ils ont été construits selon des approches quasi exclusivement verticales, fondées sur des logiques de remboursement et d'offre, plus rarement explicites sur les prestations délivrées. Ils sont en outre portés par des opérateurs spécialisés dont la multiplication a fini par rendre le management de l'ensemble extrêmement difficile.

La région est le lieu pertinent d'une modernisation des systèmes d'information de santé destinés à offrir des services attendus par les acteurs régionaux.
Un état des lieux des réalisations menées au niveau national a permis de poser les bases de l'organisation à construire en région et au niveau national pour faciliter le développement des systèmes de santé partagés sur tout le territoire : les Espaces numériques régionaux de santé. L'Espace numérique régional de santé (ENRS) se définit comme un espace de services dématérialisés, piloté institutionnellement par l'ARS en lien avec l'Agence des systèmes d'information partagés en santé.

L'enjeu est la construction d'un espace de confiance au sein duquel la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information sont garanties, permettant notamment l'accès aux informations sur l'offre de santé. L'ENRS est l'espace dans lequel se déploie le Dossier médical partagé, les expérimentations de services spécialisés et les services métiers répondant aux besoins exprimés par les professionnels du terrain. L'ENRS est aussi le cadre propice au développement des infrastructures de services propres à la télémédecine.

Il s'agit pour l'Agence de construire un ensemble de services à valeur ajoutée pour mettre en place des infrastructures et des outils communs permettant les échanges de données, le développement de la coopération entre les professionnels, la gestion optimisée des ressources publiques et l'information des usagers.

Au-delà de l'outil de travail « métier » nécessaire à chaque acteur de la prise en charge et qui reste choisi par lui, les systèmes d'information de santé se doivent aujourd'hui d'être communicants, voire partagés (dans un établissement de santé, une maison de santé pluridisciplinaire, un réseau de santé, etc.), ce qui implique une mise en œuvre coordonnée entre les différents types d'utilisateurs (professionnel libéral, structure de santé, etc.) grâce à une gouvernance volontaire et représentative des acteurs concernés. On peut citer à ce titre l'existence du groupement de coopération sanitaire D-SISIF, qui réunit plusieurs offreurs de santé en région avec pour objet d'améliorer les conditions d'activité de ses membres en facilitant l'interopérabilité et la mutualisation au sein des systèmes d'information de santé d'Île-de-France en facilitant le portage financier et la maîtrise d'ouvrage de projets. En Île-de-France, la gouvernance des systèmes d'information doit être rénovée pour répondre aux besoins régionaux des champs sanitaires et médico-sociaux. L'ARS se doit d'organiser cette nouvelle gouvernance, aidée d'une maîtrise d'ouvrage régionale adaptée aux enjeux.

ACCOMPAGNER L'ESSOR DE LA TÉLÉSANTÉ

La télésanté peut se définir comme le recours aux technologies de l'information et de la communication pour la prestation de services de santé ou d'informations sur la santé. La dynamique francilienne pour le développement de la télésanté est un atout pour notre région. Les décennies passées de progrès technique et thérapeutique démontrent la capacité du système de santé à intégrer l'innovation dès lors qu'elle apporte un bénéfice réel. L'enjeu face aux nouveaux outils de télésanté est d'intégrer son apport pour modifier en profondeur et à grande échelle le système de santé.

La télésanté apporte des opportunités sur trois grands enjeux :

- la télémédecine offre d'importantes perspectives pour l'organisation de l'offre de soins. Elle constitue un levier essentiel pour réduire les fractures territoriales, restructurer l'offre hospitalière, fluidifier les parcours de santé et faciliter les prises en charge pluridisciplinaires, mettre en œuvre de nouvelles formes de prises en charge et de surveillance, au plus près des patients, en mobilisant de façon plus efficiente les ressources et notamment les compétences rares ;
- les outils et services numériques sont d'importants leviers pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles, la formation et le développement professionnel continu. Elles ouvrent également des perspectives de collaborations nouvelles et facilitées entre les champs du sanitaire et du médico-social ;
- les outils et services numériques sont un levier majeur pour l'amélioration de l'information des patients : l'information de prévention et d'éducation pour la santé, la capacité des usagers à s'informer sur la qualité des soins et à bâtir leur parcours de soins, l'éducation thérapeutique, l'autonomie de la personne, nombreux sont les enjeux pour lesquels la télésanté ouvre des perspectives essentielles.

La télésanté est donc un domaine vaste dont les perspectives sont riches. L'ARS souhaite soutenir son développement avec l'objectif d'assurer la contribution de cet outil à la lisibilité, à la fluidité et à la sécurisation des parcours de santé.

Cet objectif sera particulièrement important s'agissant du développement de plates-formes de services autour des EHPAD.

2.3. FAIRE DE LA COOPÉRATION UN MOT D'ORDRE POUR LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DE L'OFFRE DE SANTÉ

La prise en charge des patients ne peut se réduire à la juxtaposition d'interventions de professionnels, d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Le défaut de coordination entre les offreurs de santé est un facteur de non-qualité et de perte d'efficience. Ce diagnostic, posé depuis plusieurs années par l'ensemble des acteurs, vaut pour l'ensemble des secteurs de compétences de l'Agence. L'organisation de la complémentarité entre les différents acteurs doit être développée au travers des différents leviers dont dispose l'ARS.

2.3.1. Promouvoir la coopération entre établissements

La coopération entre établissements constitue désormais une priorité au niveau national pour l'organisation des prises en charge sanitaires et médico-sociales, sous plusieurs formes qu'il appartient à l'ARS de promouvoir : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou encore les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), et ce alors que l'Île-de-France accuse un retard particulier en la matière par rapport à d'autres régions.

Le schéma régional d'organisation des soins, qui a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience et d'accessibilité géographique, devra définir les adaptations et les coopérations entre les établissements de santé.

L'enjeu sera de garantir la qualité et l'accessibilité des activités de soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale. Les coopérations entre établissements de santé s'imposent souvent en effet pour atteindre une masse critique d'activité afin de garantir le recrutement de professionnels qualifiés.

Outre les dispositifs de mutualisation existants tels que les groupements d'intérêt économique (GIE), les groupements d'employeurs (GE), ou les associations, les ARS disposent aujourd'hui de moyens d'actions rénovés pour faciliter les coopérations entre établissements de santé, grâce à l'amélioration du cadre législatif des groupements de coopération sanitaire (GCS) mais aussi grâce à la création des communautés hospitalières de territoires (CHT). Ces CHT permettent à des établissements publics, principalement de taille moyenne, de développer une stratégie territoriale commune, sur la base d'un projet médical partagé avec les autres établissements, tout en gardant leur indépendance fonctionnelle. Les GCS constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et permettent des coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Le GCS peut, en effet, être constitué entre des établissements de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des médecins libéraux à titre individuel ou sous forme de société collective.

Ces coopérations entre établissements sont fondées sur la base du volontariat. Néanmoins, l'ARS étant en charge de la coordination régionale pourra demander à un ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, la coopération entre établissements pouvant aussi aboutir à la création d'un nouvel établissement de santé par la fusion d'établissements existants.

Dans le secteur médico-social de même, l'ARS souhaite encourager la coopération entre établissements ou services, à travers le développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) issus de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et des textes permettant sa mise en œuvre parus en 2006. Il s'agit de permettre aux acteurs du secteur social et médico-social une meilleure adaptation à l'évolution des besoins. La coopération doit en effet favoriser la coordination et la complémentarité des prises en charge et accompagnements assurés par les établissements et services. Ainsi, outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...), le GCSMS permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

Le principe de coopération, fondé sur une démarche volontaire dans le secteur social et médico-social, participe ainsi à rompre l'isolement de certaines structures ou professionnels, à réaliser des économies d'échelle, à améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers, etc. Les CPOM ainsi que les appels à projets renforceront ce mouvement de coopération.

2.3.2. Renforcer les réseaux de santé

Pour améliorer la complémentarité entre ville, hôpital et actions de prévention, les réseaux de santé ont fait la preuve de leur pertinence. Avec plus de 90 réseaux, couvrant une large palette de thématiques en dépit d'une couverture inégale du territoire régional, l'Île-de-France dispose d'une expérience spécifique qu'il convient de consolider et d'enrichir. Leur apport majeur se situe dans la coordination des parcours de santé, dans l'intégration des démarches de prévention et de soins, et dans la coordination de la prise en charge de patients complexes.

L'ARS souhaite maintenir l'offre sur les thématiques prioritaires, harmoniser les budgets, rééquilibrer les territoires, développer le pluri-thématisme sur la base de trajectoires patient similaires et orienter les réseaux vers de l'appui et l'accompagnement du premier recours.

2.3.3. Encourager les coopérations entre professionnels de santé

La mise en œuvre chez les professionnels de santé de nouvelles organisations des soins, des prises en charge ou des modes d'exercice partagé a pour objectif de mieux répondre aux besoins de santé de la population tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité des services. L'ARS a pour objectif de promouvoir leur coopération.

Les progrès technologiques médicaux facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétences entre les professionnels de santé. La loi HPST étend le principe des coopérations entre professionnels de santé qui jusqu'alors revêtaient un caractère expérimental. La mise en place de ces nouvelles formes de coopération s'inscrit dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins. Ses enjeux sont multiples : réduire les difficultés et les inégalités d'accès aux soins liées à l'évolution défavorable de la démographie médicale et aux disparités de répartition territoriale des professionnels de santé ; favoriser le développement de certaines activités, telle que l'éducation thérapeutique, et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients, notamment pour ceux atteints de pathologies chroniques ; améliorer l'efficience des prises en charge ; et enfin améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé. L'ARS a un rôle central à jouer à la fois au plan stratégique et au plan technique dans la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération.

2.3.4. Promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif

Les difficultés rencontrées de plus en plus fréquemment par les professionnels de santé notamment de proximité dans le cadre d'un exercice individuel de type libéral (qualité de vie, course à la multiplication des actes, isolement,...), conduisent au développement de structures d'exercice collectif. Amélioration de la coordination des acteurs et donc de la prise en charge, renforcement de la continuité des soins, élargissement des missions de santé publique, accès aux soins facilité par la pratique de tarifs opposables, lieu de formation et de recherche, sont, selon que l'on soit professionnel, patient, élu ou institutionnel, autant d'éléments en faveur de ce mode d'exercice. Les structures concernées peuvent être des maisons de santé (exercice libéral pluriprofessionnel dans un lieu unique), des pôles de santé (exercice libéral pluriprofessionnel sur plusieurs sites) ou des centres de santé (exercice salarié pluriprofessionnel sur un seul site). L'activité dans ce type de structure semble être **plébiscitée par les jeunes professionnels** de santé de premier recours et est donc susceptible de créer un regain d'intérêt pour la médecine de proximité. Il importe donc de soutenir soit le développement, soit le maintien de ce type de structure dans la région, en particulier lorsqu'il concerne des zones défavorisées ou rurales en déficit démographique. C'est la raison pour laquelle le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire fera l'objet d'un suivi particulier dans le CPOM de l'Agence[54]. L'Île-de-France, qui accuse un certain retard dans la création de maisons de santé pluridisciplinaires, voit se développer de nombreuses initiatives impulsées par les pouvoirs publics, les collectivités territoriales ou les professionnels de santé eux-mêmes. L'ARS souhaite appuyer cette démarche, l'objectif inscrit dans son CPOM étant d'atteindre 33 maisons de santé pluridisciplinaires en 2013.

En outre, les cahiers des charges de ces structures imposent aux professionnels qui en font partie des garanties concernant un système d'informations partagé, des actions de santé publique et une coordination avec les offreurs de santé du territoire, notamment réseaux de santé et établissements sanitaires ou médico-sociaux. Ces éléments constituent un gage de meilleure prise en compte du parcours global de santé dans lequel doit s'insérer l'offre de premier recours. Par ailleurs, au-delà du soutien à la création de MSP, l'ARS souhaite également élargir cette démarche au recensement et à l'accompagnement des structures d'exercice collectif préexistantes.

L'EXPÉRIMENTATION « NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION »

L'expérimentation « Nouveaux modes de rémunération » prévue à l'article 44 de la loi du financement de la sécurité sociale 2008, qui concerne les professionnels exerçant en structure pluriprofessionnelle ambulatoire dans le cadre de maisons, pôles ou centres

de santé, constitue un levier pour renforcer ces structures d'exercice collectif.

L'objectif est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficience des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Le principe de financements forfaitaires ou à la performance rémunérant la coordination entre professionnels ou des services innovants tels que l'éducation thérapeutique du patient est de nature à favoriser la qualité des prises en charges et un parcours de santé entre les différents intervenants, y compris l'articulation avec les établissements de santé ou médico-sociaux.

2.3.5. Consolider les centres de santé

Parce qu'ils assurent une offre accessible à tarif opposable dans certaines zones sensibles, les centres de santé sont un atout que l'ARS doit préserver et développer. Il convient notamment de renforcer certains centres face aux difficultés économiques qu'ils rencontrent en tenant compte du coût de la pratique en Île-de-France.

La participation significative des centres de santé à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération constitue une première étape importante dans cette voie. Elle est d'ailleurs encore renforcée pour la deuxième vague de cette expérimentation.

La meilleure connaissance du modèle médico-socio-économique des centres de santé doit également permettre d'analyser les coûts attachés à chacune des missions qu'ils portent de par leur cadre réglementaire. Cette approche permettra de mesurer le gain de productivité que ces structures auront à atteindre, mais également d'envisager les adaptations nécessaires des modalités de financement de ces structures au regard des missions portées.

Il importe également d'assurer la connaissance de l'exercice en centre de santé auprès des étudiants en formation dans les écoles et universités, avec un travail de liaisons entre fédérations de centres de santé, conférence des doyens, etc. permettant d'accroître l'accès à ces terrains de stage.

Par ailleurs, le développement de conventions de partenariat avec les établissements de santé pour mettre en place des consultations avancées spécialisées dans les centres et organiser la fluidité entre l'arrivée et la sortie de l'hôpital constituent des pistes de travail à renforcer.

Enfin, la loi HPST créée l'opportunité que des centres de santé soient créés et gérés par des établissements de santé. L'ARS souhaite encourager cette perspective, notamment lors de restructurations dans des territoires déficitaires en offre ambulatoire, après une étape de diagnostic partagé avec l'ensemble des professionnels de santé.

2.4. GARANTIR L'EFFICACITÉ DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA GESTION DES ALERTES

2.4.1. Développer la veille sanitaire régionale

2.4.1.1. Professionnaliser la veille

La création de l'ARS a été l'occasion de restructurer la veille sanitaire autour d'une équipe régionale et de huit équipes départementales. L'enjeu du dispositif est d'offrir un lieu de signalement unique au niveau régional, la **plate-forme de veille sanitaire,** pouvant répondre 24h/24 et garantir une permanence de la réponse (investigation et gestion) par des équipes formées aux techniques de veille et de gestion et s'appuyant sur des procédures partagées. La mise en place de systèmes d'échange d'informations sécu-

risés, garantissant la protection des informations, viendra conforter le dispositif. Au niveau régional, l'enjeu est de créer un « réseau régional de veille sanitaire » associant de façon contractuelle les acteurs institutionnels contribuant à la veille et les professionnels de santé afin de renforcer le signalement, les capacités d'investigation et de gestion des alertes.

2.4.1.2. Renforcer les systèmes de surveillance pour mieux détecter et mieux évaluer

Qu'il s'agisse du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, ou des dispositifs de surveillance non spécifique (par exemple Sursaud piloté par l'InVS), la région Île-de-France est globalement bien dotée en dispositifs de veille concernant la population générale. Cependant, pour répondre aux impératifs de sécurité sanitaire, des efforts seront accomplis pour parfaire tant en qualité qu'en exhaustivité la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la surveillance non spécifique (en intégrant de nouveaux services d'urgences afin d'atteindre une couverture régionale plus satisfaisante), et le réseau de médecins sentinelles (en rapprochant les différents réseaux existants), en prêtant une attention soutenue aux risques émergents.

Dans le domaine de la surveillance des effets indésirables liés aux soins, qu'il s'agisse de la pharmacovigilance et plus globalement de l'ensemble des vigilances, des orientations nouvelles sont attendues dans le cadre de procédures nationales spécifiques. L'ARS saura s'en emparer pour proposer une organisation régionale adaptée garantissant l'efficacité des dispositifs. D'ores et déjà, elle s'engage à ce qu'une meilleure coordination de ces systèmes spécifiques de surveillance soit assurée, afin de repérer rapidement des événements indésirables qui peuvent affecter la qualité des soins.

EXERCER LES POUVOIRS DE POLICE SANITAIRE

La qualité du service rendu par le système de santé a besoin de s'adosser à un dispositif de repérage des dysfonctionnements, par des agents de l'ARS habilités à l'inspection et au contrôle, permettant au directeur de l'ARS de prendre les mesures de police sanitaire ou donner les suites qu'il estime appropriées.

L'ARS dispose de pouvoirs de contrôle et d'inspection diversifiés puisqu'ils s'exercent dans le domaine de la qualité et de la sécurité des pratiques des professionnels de santé, mais aussi dans le domaine de la qualité et de la sécurité des procédures et équipements de soins, des conditions d'habitat ou encore des milieux.

Dans ces différents domaines, les pouvoirs d'inspection et de contrôle peuvent s'exercer selon différentes modalités :

- dans le prolongement de ses pouvoirs d'autorisation ou en lien avec d'autres acteurs titulaires d'un pouvoir d'autorisation, l'ARS assure des visites de conformité de façon à repérer d'éventuels manquements aux normes de qualité et de sécurité dont sont assorties les autorisations ou formule des avis sanitaires sur des projets d'aménagement susceptibles d'impacter la santé des populations ;
- l'ARS a également la capacité d'initier spontanément des inspections thématiques ;
- elle est responsable, par délégation du préfet, d'assurer le contrôle sanitaire de certains milieux (eaux...)
- enfin, l'inspection peut également constituer la réponse de l'ARS face à une plainte ou au signalement d'un incident ou d'un accident, qu'il soit effectué par un professionnel, par une association ou par un particulier. La lisibilité des actions conduites en la matière doit être améliorée, notamment pour mieux accompagner les usagers victimes de dysfonctionnements.

Les pouvoirs de contrôle et d'inspection permettent donc d'agir face aux dysfonctionnements repérables de façon à garantir la protection de la population. Ils sont également un outil d'observation et de connaissance, débouchant sur des préconisations dont l'application peut être encouragée et contrôlée dans le cadre de la contractualisation. Ces pouvoirs doivent donc être clairement articulés avec les autres leviers d'action de l'Agence.

2.4.1.3. Cibler la veille et la gestion sur les pathologies et les facteurs de risque à l'origine d'inégalités de santé

Parce qu'il s'agit d'épidémies majeures dans la région, l'ARS se doit de faire porter un effort particulier sur la **surveillance de la tuberculose et de l'infection par le VIH**. Ainsi, en partenariat avec les huit Centres de lutte anti-tuberculeux (CLAT) et les professionnels de santé hospitaliers (services hospitaliers, UCSA, etc.) pour la tuberculose, ainsi qu'avec les laboratoires de ville pour le VIH, un effort particulier sera réalisé pour faire en sorte que la déclaration obligatoire de ces pathologies contribue efficacement, par la qualité et l'exhaustivité de ses données, à l'évaluation des progrès réalisés dans ces domaines.

Les personnes âgées sont une population particulièrement fragile et sensible aux agents infectieux. Un effort particulier de veille et de prévention du risque infectieux doit être mis en œuvre dans les EHPAD. Une mobilisation similaire à celle obtenue avec la mise en place des plans bleus pour lutter contre les risques liés à la canicule est nécessaire. Dans ce cadre, la surveillance des événements de santé inhabituels (infections respiratoires, gastro-entérites aiguës, germes multi-résistants, etc.) doit contribuer à la sensibilisation des acteurs et au contrôle des risques. Ce domaine pourra être un champ du nouveau partenariat ARS – CCIin. Il en va de même pour les personnes handicapées en faveur desquelles devront aussi être menées des actions de prévention tant à domicile qu'en établissement médico-social.

L'habitat indigne contribue à la dégradation de l'état de santé des populations qui y résident. La surveillance du saturnisme infantile et des intoxications au monoxyde de carbone, par les actions de contrôle qu'elle entraîne, contribue à la lutte contre ce fléau. La mobilisation des partenaires institutionnels dans cette surveillance contribuera à doter la région de dispositifs d'aide au pilotage des politiques de lutte de plus en plus adaptés, avec la perspective de préparer un observatoire des logements indignes. L'ARS contribuera à la réduction du nombre de logements insalubres en augmentant le nombre d'arrêtés d'insalubrité et en participant activement à la gestion des suites[55].

Enfin, bien que la qualité de l'eau distribuée pour la consommation humaine soit satisfaisante en Île-de-France, il persiste des zones de non-conformité que l'ARS s'emploiera à faire disparaître, avec un suivi spécifique dans le cadre de son CPOM[56]. L'objectif est que la proportion d'unités de distribution d'au alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants et présentant des dépassements récurrents des limites de qualité passe de 5 % en 2010 à 1,5 % dès 2013.

2.4.1.4. Mobiliser les citoyens, les usagers et les professionnels pour se protéger et protéger les autres face aux risques sanitaires

La capacité des populations mais aussi de l'ensemble des acteurs à faire face en situation de crise sanitaire ne peut s'envisager que par une appropriation de la culture du risque qui fasse une place de choix à la solidarité (se protéger et protéger les autres).

L'appropriation des dispositifs de veille sanitaire par les professionnels de santé mais aussi par les citoyens dans le domaine environnemental est une des conditions nécessaires au renforcement de la veille. Signaler une maladie à déclaration obligatoire ou tout événement inhabituel survenant dans sa pratique de ville ou hospitalière, participer à un système de veille par la mise à disposition, dans le respect du secret médical, des motifs et diagnostics relatifs à ses actes, ne doit plus être vécu comme une contrainte mais comme partie intégrante de l'acte de soin car contribuant à la santé des populations et, en retour, éclairant la pratique par une meilleure connaissance des épidémies et des alertes.

Le guichet unique de signalement que représente le Centre de réception et régulation des signaux est un atout pour renforcer la culture du signalement et requiert une information associant les organismes professionnels (les conseils des différents ordres, les sociétés savantes) et les institutions partenaires. Il convient en retour de renforcer l'information continue des professionnels sur l'activité de veille.

Dans le domaine environnemental, l'ARS souhaite **favoriser le recueil de signaux en ayant recours aux associations** (environnementales, de consommateurs...) et en créant un dispositif d'appui (expertise indépendante) aux associations

pour documenter l'analyse d'une situation environnementale qui leur semble représenter un danger pour les populations avoisinantes.

Auprès du public, des marges de progrès existent dans la sensibilisation de chacun aux risques et aux situations de crise, à travers la diffusion d'informations et de bonnes pratiques comme à travers la réalisation de mises en situation et d'exercices.

Par ailleurs cet objectif de mobilisation sera décliné par la mise en œuvre directe ou le soutien à des actions de prévention et de promotion de la santé, à destination des publics identifiés et/ou des professionnels concernés, en partenariat avec les collectivités ou les associations.

2.4.2. Assurer une gestion de crise efficace au niveau régional et territorial

Bien que, avec la création des ARS, l'organisation de la santé relève désormais d'une approche régionale, ce n'est pas la région qui a été retenue comme territoire de planification de la gestion de crise. Cette situation ne manque pas d'entraîner un certain niveau de complexité puisque les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité des représentants de l'État dans le département lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public, et sous celle du préfet de zone lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone. C'est donc sous l'autorité simultanée de 9 préfets différents (huit préfets de département et un préfet de police/préfet de zone) que les services de l'Agence peuvent être appelés à travailler en cas de crise sanitaire majeure.

Dans ce contexte, qui apparaît complexe tant sous ses aspects institutionnels que sous ses aspects opérationnels, compte tenu de la multiplication des éléments de planification de gestion, il apparaît nécessaire que l'ARS soit garante d'une **cohérence d'ensemble du volet sanitaire des dispositifs**, d'autant qu'elle a vocation à contribuer à l'élaboration des volets santé des différents plans en liaison avec les services préfectoraux. L'enjeu concerne ainsi par exemple la prise en charge de victimes d'événements.

La gestion efficace des crises sanitaires appelle l'élaboration de **référentiels de prise en charge** des patients établis en liaison avec les SAMU de la région mais également un travail de coordination zonale des SAMU. Elle passe également par la mise en place, au sein des établissements de santé appelés à jouer un rôle actif dans la prise en charge des personnes blessées ou traumatisées, du Système d'information numérique standardisé (SINUS). Ce système, développé par la préfecture de police/préfecture de zone et partagé entre les acteurs opérationnels de la gestion de crise en Île-de-France, permet de dénombrer et de catégoriser les victimes d'événements, de les identifier et d'assurer la traçabilité de leur orientation dans le respect de la confidentialité médicale. Il repose notamment sur la mise en place d'un bracelet doté d'un code barre unique sur toute personne victime ou impliquée. Ce dispositif permet de dresser des bilans réguliers, fiables et partagés.

Enfin, rendu obligatoire par une résolution de l'assemblée de l'OMS, le nouveau règlement sanitaire international (RSI) doit être mis en œuvre dès 2011 dans la région qui est une porte d'entrée potentielle pour de nouveaux germes. Une harmonisation des pratiques entre les deux aéroports (Orly et Roissy Charles-de-Gaulle) sera mise en œuvre afin de les rendre plus efficaces.

2.5. DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN SANTÉ

Pour améliorer la qualité et l'efficience du système de santé francilien, l'ARS entend miser sur les atouts de la région en matière de recherche et d'innovation en santé.

2.5.1. Développer la recherche sur la santé publique et sur les systèmes de santé

La recherche appliquée sur les services de santé est nécessaire à l'identification des problèmes prioritaires ainsi qu'a la conception et à l'évaluation des politiques et des programmes les plus efficaces et les plus efficients.

Sous le terme général de **recherche sur les services de santé**, on regroupe des travaux dont l'objectif est d'étudier les relations entre le fonctionnement et l'organisation des services de santé, la production de soins et l'état de santé des populations bénéficiaires des services. Par définition, les recherches entreprises relèvent de plusieurs disciplines scientifiques, dont les disciplines de base de la santé publique, l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, l'économie, la gestion et le droit. Ce domaine de recherche, très développé dans les pays de culture anglo-saxonne et d'Europe du Nord, sous le terme de « Health Services Research », a en revanche été peu soutenu en France.

De même, à la différence de nombreux autres pays, les **recherches en matière de prévention** et de promotion de la santé restent dispersées. Elles n'ont pas permis un développement du niveau de preuve, ni fourni les outils pour l'évaluation des politiques publiques en ce domaine. Si l'évaluation de programmes expérimentaux en prévention existe, les résultats sont trop peu valorisés et pris en compte dans les interventions ultérieures. Par ailleurs de nouveaux modes d'approche en promotion de la santé sont à inventer, dans un contexte où le partenariat institutionnel est indispensable. L'exemple des évaluations d'impact en santé, que l'ARS veut promouvoir et expérimenter dans le cadre des contrats locaux de santé, est une illustration de ce mode d'approche.

Enfin, la responsabilité particulière de l'ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire incite à conduire des études et des recherches visant à améliorer la surveillance des pathologies spécifiques, à développer des méthodes de traitement des signaux, à définir et implanter les méthodes de contrôle les plus appropriées. Un travail conjoint avec les agences de sécurité sanitaire, et notamment l'InVS, sera impulsé.

Le croisement des bases de données dont dispose l'ARS avec celles d'autres partenaires (services de l'État, organismes de protection sociale, collectivités territoriales…) est également un enjeu majeur.

Il appartient donc à l'ARS de soutenir le développement régional des programmes et équipes de recherche dans ces domaines.

Elle soutient en tout premier lieu la production de connaissances en épidémiologie et en santé publique sur la région Île-de-France au travers du financement (à hauteur de 910 000 euros) de l'Observatoire régional de santé (ORS) et du Centre d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAHI).

Il faut souligner par ailleurs la volonté de l'ARS de soutenir l'exploitation scientifique des multiples sources de données auxquelles elle a un accès privilégié, à commencer par les bases SNIIR-AM et PMSI.

Enfin, l'ARS a choisi de financer un appel à projets de recherche en santé publique au travers duquel elle souhaite valoriser notamment la recherche interventionnelle dans le champ de la promotion de la santé. En complément de modalités plus classiques de recherche quantitative et qualitative, l'ARS sera en effet attentive au **développement de recherche-actions ou d'expérimentations, modalités de production de connaissance au plus près des réalités des territoires**. Elle s'attachera notamment à veiller à ce que les modalités d'organisation qu'elle promeut, soutient ou accompagne (réseaux, structures d'exercice collectif, etc.) fassent l'objet de questionnements de recherche et d'évaluations. Conformément à l'engagement de l'ARS au service de l'efficience de la dépense de santé en région, l'analyse médico-économique des modes d'organisation sera un axe privilégié.

2.5.2. Participer à l'animation de la recherche clinique francilienne

La région Île-de-France compte une offre exceptionnellement riche en matière de recherche en santé. Cet atout concerne bien sûr en premier lieu la recherche fondamentale et clinique ; la région produit 40% de la recherche biomédicale française et l'AP-HP notamment, premier centre d'essais cliniques en France et en Europe, représente un potentiel exceptionnel en matière de recherche biomédicale et en santé aux niveaux national et international.

Le développement de l'activité de recherche clinique dans les établissements de santé est essentiel pour la qualité et le progrès des soins (prise en charge diagnostique et thérapeutique) et donc pour la performance du système de santé. Conformément à la circulaire DGOS sur ce thème du 29 juillet 2011, en s'appuyant sur les nouveaux outils issus de la loi HPST, il est désormais possible de donner une impulsion nouvelle à la recherche clinique et à l'innovation dans les établissements de santé par la mise en place d'une organisation renouvelée bénéficiant de financements importants à travers les crédits relatifs aux missions d'enseignement, de référence, de recherche et d'innovation (MERRI). La contribution de l'ARS à la vitalité de la région Île-de-France passe ici par sa participation à l'animation de la recherche clinique, et peut s'appuyer sur des outils d'observation ou de labellisation capables de soutenir les initiatives régionales en la matière.

Il est utile également d'élargir le champ de la recherche clinique en y intégrant concrètement les conditions organisationnelles d'implantation de nouvelles pratiques cliniques ou d'innovations technologiques, y compris hors de l'hôpital.

2.5.3. Soutenir l'innovation en santé dans la région pour améliorer la performance du système de santé

La région Île-de-France dispose d'atouts scientifiques, industriels et médicaux qui lui permettent de constituer un des premiers pôles mondiaux d'innovation en santé. L'Île-de-France occupe dans ce domaine la première place nationale. Tous domaines d'innovation confondus, elle se positionne comme la première région technologique européenne avec 5,5% de la part des dépôts de brevets européens en 2006. Elle compte, tous domaines confondus, 40% des effectifs nationaux de chercheurs (chercheurs et boursiers de thèse). Les dépenses de recherche représentaient 3,1% du PIB régional en 2006, provenant pour plus des deux tiers de la recherche privée. Mais l'excellence de la recherche publique en sciences du vivant est aussi un facteur clé de compétitivité et d'attractivité du territoire, qui produit 40% de la recherche biomédicale française.

La région a bénéficié des mesures et dispositifs qui ont été mis en place depuis quelques années (pôles de compétitivité, pôles de recherche et d'enseignement supérieur, etc.) pour pallier les dysfonctionnements passés constatés par les acteurs publics et privés de la région que sont : l'implantation éparse sur son territoire des organismes et structures de recherche et des unités d'enseignement supérieur entravant leur fonctionnement et amoindrissant leur renom ; la faiblesse relative des investissements consacrés aux technologies émergentes ; les coopérations insuffisantes entre recherche et industrie, grands groupes et PME, entre filières technologiques ou secteurs applicatifs ; l'inadéquation des processus de décision jugés lents, complexes et non sélectifs ; la dispersion des efforts et des ressources dédiés à la valorisation ; l'implication limitée du capital-risque et la faible lisibilité au plan international, etc. Ces mesures ont notamment permis de valoriser à l'échelle internationale les principaux pôles de recherche (Saclay, Evry, Marne la Vallée…) par l'organisation d'un maillage en réseau efficace et visible des acteurs.

L'Île-de-France présente également des atouts majeurs dans le champ de la recherche théorique et de la recherche sur les technologies pour la santé et l'autonomie, qui exploitent les avancées de nombreuses disciplines scientifiques et techniques au service de l'acte médical ou chirurgical et au service des personnes dépendantes en raison de la maladie, d'un handicap ou de l'âge, pour leur permettre une plus grande autonomie tout en garantissant un niveau élevé de sécurité et d'assistance. Les recherches et développements menés dans ces secteurs ont un caractère multidisciplinaire, et associent généralement des laboratoires de recherche, des professionnels de santé, et les

industriels du domaine. L'ARS entend soutenir les atouts franciliens de ce secteur, en lien notamment avec le Pôle de compétitivité mondial des technologies innovantes pour la santé et les nouvelles thérapies Medicen Paris région. Elle se dotera d'une veille stratégique particulière sur les efforts nationaux et internationaux de recherche, notamment translationnelle, sur les technologies d'assistance à la vie autonome.

L'ARS peut faciliter la traduction concrète de l'innovation au service de la performance effective du système de santé et contribuer à la valorisation de la recherche publique et privée francilienne au service de la qualité et de l'efficience de l'offre de santé. De fait, l'ARS dispose d'outils lui permettant de faciliter la connexion entre innovation et performance au travers de ses compétences de planification collective et de contractualisation pour adapter les apports de l'innovation aux spécificités régionales. Elle peut ainsi organiser une veille sur les innovations technologiques hiérarchisée en fonction des enjeux du secteur de la santé (du point de vue des patients, des professionnels comme des régulateurs), animer la réflexion prospective au niveau régional pour permettre aux acteurs publics et privés de l'innovation de mieux anticiper les besoins. Elle pourra dans ce cadre soutenir de grands projets régionaux associant des acteurs de santé et des industriels. Plus généralement elle mobilisera les outils de la contractualisation et de la planification collective pour permettre à l'innovation d'irriguer effectivement la performance des organisations.

3. CONDUIRE UNE POLITIQUE DE SANTÉ PARTAGÉE AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DE LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES

La création des ARS modifie en profondeur le paysage institutionnel de la santé en région. L'organisation rénovée de la coopération de l'ARS avec l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels, institutions, collectivités territoriales mais aussi usagers, est un levier important pour conduire l'ambition réformatrice dont l'ARS est l'incarnation. La politique de santé doit être partagée avec l'ensemble des acteurs du champ et les mobiliser au service de la santé des populations autour de projets et d'outils adaptés à la réalité des territoires.

3.1. RÉNOVER L'APPROCHE TERRITORIALE DE LA SANTÉ

La nouvelle gouvernance de la santé portée par l'ARS doit permettre de répondre aux besoins des populations au plus près des spécificités de chaque territoire. La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. Les efforts récents pour structurer une offre de santé cohérente au niveau des territoires ont conduit à proposer de nombreux découpages successifs. L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, et enfin l'échelle de la proximité où se joue la structuration des parcours de santé. C'est à cette échelle locale que la réponse aux besoins des populations doit être organisée au travers d'une utilisation rénovée de la contractualisation, à laquelle l'ARS s'attachera en structurant des espaces de contractualisation cohérents.

3.1.1. Définir des échelles d'intervention territoriale adaptée aux besoins

3.1.1.1. Les 8 territoires de santé

L'ARS Île-de-France a défini huit territoires de santé correspondant aux 8 départements de la région. Les territoires d'actions départementaux sont communs aux trois schémas d'organisation (prévention, offre de soins et offre médico-sociale). Ces territoires peuvent être abordés selon plusieurs approches.

L'objectif premier est de préserver le bon niveau de santé global des populations de l'Île-de-France en comparaison avec celles des autres régions. A un niveau géographique plus fin, il s'agit de prendre en compte les besoins de santé spécifiques de chaque territoire départemental, en comparant les indicateurs du département et ceux de la région pour adapter l'offre de santé aux besoins des populations.

Le rôle des **8 délégations territoriales** de l'ARS est ici décisif ; parties intégrantes et essentielles de l'ARS, ces délégations territoriales s'inscrivent dans la stratégie régionale et sont garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé. Elles mettent en œuvre dans les territoires la politique régionale de santé, elles suscitent et accompagnent les initiatives locales, elles ont un rôle clé à jouer dans la sensibilisation de l'action collective locale aux sujets de santé, et elles facilitent également la prise en compte des enjeux locaux dans le cadre régional. Les délégations territoriales seront les animateurs indispensables pour assurer la concertation entre les acteurs et partenaires, et créer l'articulation opérationnelle des dispositifs.

3.1.1.2. L'échelle infra-territoriale

L'action à l'échelle des territoires de santé doit être renforcée par une intervention à l'échelle infra-territoriale. C'est grâce à la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à l'échelle des territoires de proximité que l'ARS sera en capacité de s'allier l'engagement des acteurs de terrain et d'encourager leur créativité et leur capacité d'adaptation aux évolutions.

L'échelle infra-départementale des territoires de proximité est notamment pertinente pour lutter

contre les **inégalités sociales et territoriales de santé** en ciblant davantage les actions de l'Agence sur des thématiques ou des populations prioritaires. C'est en effet au niveau territorial de proximité que portent leurs fruits les actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé qui associent l'ensemble des acteurs, dont la population.

Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, la **priorisation territoriale** obéit notamment à des critères de gravité (indicateurs d'état de santé ou de niveau de vie) et de faisabilité (présence de relais locaux et volonté politique). Ce dispositif de ciblage des ressources ou des financements en direction de territoires prioritaires visera à aborder à la fois les facteurs de risque, les déterminants, les populations, les milieux de vie (environnement, habitat, travail) et la structuration de l'offre de soins et de services. La dimension de ces territoires de proximité prioritaires pourra être variable, allant d'un quartier à une ville ou à une communauté de communes. Une démarche de collaboration avec les préfets et notamment les directions de la Cohésion sociale permettra de développer, sécuriser et rendre visibles les actions de santé publique menées dans le cadre de la politique de la ville (ateliers santé-ville).

Le développement de **l'observation** territoriale de la santé est un préalable indispensable afin d'assurer un suivi de l'impact des actions mises en place.

3.1.1.3. L'animation territoriale : un métier à développer pour l'ARS

Demain, la qualité de l'animation territoriale sera une condition essentielle de la réussite au plan local des politiques publiques conçues par l'ARS. Les délégations territoriales assumeront l'animation au cœur des territoires des sujets entrant dans le champ de compétences de l'Agence : du médico-social jusqu'à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire, la santé publique et la veille et sécurité sanitaires, pour toutes les actions exigeant la proximité des porteurs des politiques de santé avec le terrain.

L'ARS doit relever le défi de l'adaptation de ses métiers. La réunion des forces de l'État et de l'Assurance Maladie doit permettre l'alliance des cultures professionnelles et la construction d'un socle fédérateur de valeurs. Plus largement, incarnant une volonté de changement et de rénovation, l'ARS doit également assurer l'évolution et l'adaptation de ses compétences aux transformations qu'elle souhaite accompagner et impulser, notamment en termes d'appui à la coordination des offreurs au service des populations à l'échelle des territoires de proximité. Elle doit également articuler ses compétences avec celles des collectivités territoriales en soutenant une approche commune et partagée des problématiques de santé. La diversité des qualifications de ses agents est un gage de sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles qu'elle entend relever pour la santé en Île-de-France.

3.2. CONSTRUIRE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ AVEC L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES

3.2.1. Assurer avec les collectivités territoriales une collaboration de qualité

La loi HPST ouvre à l'agence régionale de santé des champs d'intervention très larges dans le domaine de la santé et de l'autonomie. Elle donne à l'agence régionale de santé en contrepartie une responsabilité d'animation, de coordination et de participation à l'ensemble des politiques régionales menées dans le domaine de la santé.

L'agence régionale de l'hospitalisation avait déjà construit ce type de relations dans le domaine sanitaire, et de manière conjointe avec l'URCAM sur la médecine ambulatoire dans le cadre des missions régionales de santé (réseaux, Fonds d'intervention, de coordination et de qualité des soins). De même, dans son rôle d'animateur du Groupement Régional de Santé Publique, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales a réuni des partenaires d'horizons différents pour l'élaboration et le suivi de ces politiques régionales (santé scolaire, santé au travail, sécurité routière, petite enfance). Dans le domaine de l'action médico-sociale, les

directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont construit depuis longtemps des relations avec les conseils généraux. Enfin, et de manière plus transversale, des démarches conjointes ont été conduites avec les services de l'État dans le cadre de politiques régionales (contrat de projet État région, programme d'accès à la prévention des personnes démunies (PRAPS) programme interdépartemental d'accompagnement à l'autonomie (PRIAC), programme régional santé environnement (PRSE), programme régional santé au travail (PRST), santé scolaire). **Il existe donc déjà des habitudes de travail en commun.**

L'agence régionale de santé se doit d'améliorer encore ces actions de coordination.

Les collectivités territoriales occupent parmi les acteurs de santé une position singulière. Elles incarnent tout d'abord, par leur désignation élective, les populations visées par les politiques locales de santé. Elles ont ensuite de par la loi la charge de définir librement et de porter des politiques de service public, y compris dans le domaine de la santé (formation, protection maternelle et infantile, etc.), pour lesquelles elles disposent de ressources spécifiques et notamment fiscales. Leur mobilisation dans le cadre de la mise en œuvre des orientations du Projet régional de santé doit tenir compte de cette spécificité, dans le respect de leur autonomie pour les compétences qui relèvent d'elles et sans préjudice des moyens dont elles disposent pour la réalisation des missions de service public dont elles ont la responsabilité.

Dès lors, leur contribution au Projet régional de santé doit faire l'objet d'une contractualisation qui, par le biais notamment des contrats locaux de santé, établisse clairement d'une part les convergences entre les collectivités et l'ARS sur les orientations locales en matière de santé, et d'autre part les moyens mobilisés et leur origine.

3.2.2. Développer un dialogue de qualité avec les professionnels et les usagers

L'élaboration d'un plan stratégique régional de santé est un exercice nouveau qui mérite d'être approfondi. La construction d'une vision partagée pour l'avenir de la santé en région est en effet un exercice stimulant et crucial, dans une période où la redéfinition des modes de gouvernance de la santé en région, l'incertitude sur les évolutions organisationnelles engendrées par la transition épidémiologique, ou encore les transformations professionnelles rendent particulièrement pertinente la perspective de bâtir un cap et des repères communs pour notre secteur.

Pour l'ARS, l'exercice de la démocratie sanitaire est un préalable et permet l'émergence d'une culture de la transversalité. Au-delà des outils naturels et régaliens de l'État, l'ARS considère que l'implication et la mobilisation de tous les acteurs autour des différentes déclinaisons de son plan stratégique est la meilleure garantie de sa mise en œuvre effective dans toute la région et dans chaque territoire. Dès lors, l'ARS s'engage à **développer une méthodologie de concertation systématique** visant à favoriser, à chaque étape et le plus en amont possible, l'implication des acteurs franciliens, tels que représentés à la CRSA. Ainsi, de la réflexion initiale jusqu'à la contractualisation, l'ARS privilégiera cette méthode de travail ouverte et choisit d'être un partenaire à part entière.

Sur le terrain, pour mobiliser l'ensemble des acteurs locaux autour de synergies nouvelles, l'ARS s'attachera à mettre en cohérence ses outils de contractualisation avec les offreurs de santé en structurant des espaces de contractualisation cohérents pour répondre aux besoins des populations à l'échelle d'entités géographiques cohérentes et stimuler l'innovation et l'engagement des offreurs autour d'objectifs partagés.

3.2.3. Développer la coordination des politiques publiques

L'état de santé des personnes repose pour une grande part sur des déterminants sociaux extérieurs

au système de soins et de prévention. La coordination avec les politiques publiques qui, sans être à la main de l'ARS, ont cependant un impact décisif sur les déterminants de santé, est donc un levier majeur de l'action pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités de santé. C'est pourquoi la loi HPST a doté les ARS d'une mission de coordination des politiques publiques ayant un lien avec la santé en région.

Présidées par le directeur général de l'Agence, les deux commissions de coordination des politiques publiques doivent, dans le domaine de la prévention pour l'une et de la prise en charge médico-sociale pour l'autre, permettre à l'ensemble des acteurs concernés de conduire leurs actions de façon coordonnée et convergente. L'objectif pour l'ARS est d'**orchestrer la complémentarité des actions** dans des domaines tels que la protection maternelle et infantile, l'accompagnement social des personnes dépendantes, la planification des politiques du logement en lien avec le grand âge, la santé au travail ou encore la santé environnementale, de façon à garantir que chaque politique sectorielle s'inscrive dans une vision globale d'amélioration de la santé des Franciliens.

La **commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile** a pour mission de favoriser, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des politiques qui sont conduites par l'ensemble des acteurs en région. Elle définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour mettre en place la procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région. Enfin, elle permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

La **commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux** favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale, examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale ou des programmes qui en découlent. Elle examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale afin de favoriser leur complémentarité avec le schéma régional.

Au-delà des réunions formelles de ces commissions, des échanges et travaux communs avec ces institutions doivent permettre d'agir sur les déterminants qui entrent dans leurs domaines de compétences. Cette action ne peut se concevoir qu'en promouvant et coordonnant auprès des institutions et administrations comme le Conseil régional, l'Education nationale, les conseils généraux, DRHIL, DRJSCS, DRIEE, etc. une démarche de concertation afin d'identifier, pour chaque partenaire, les leviers d'actions en faveur de l'amélioration de l'état de santé des populations qu'il envisage de promouvoir dans son domaine de compétences par l'intermédiaire de ses services, pour permettre une meilleure synergie et cohérence de l'action publique au niveau régional et départemental. La structuration d'espaces de contractualisation cohérents sur le terrain au service des besoins des populations permettra également de renforcer la convergence des politiques publiques.

La coordination des politiques publiques de la santé en région doit notamment assurer la convergence des différents outils de gestion des **risques sectoriels**, notamment les plans régionaux santé travail ou santé environnement. Il s'agit de promouvoir une vision cohérente des risques spécifiques des différents secteurs. Repérer les risques professionnels en entreprise, dépister les pathologies de l'apprentissage à l'école, prendre en charge la santé des personnes en situation d'urgence sociale, améliorer la salubrité des milieux : chaque intervention sectorielle doit d'inscrire dans une approche globale de la santé des populations concernées.

3.2.4. Mobiliser le tissu associatif

La région Île-de-France dispose d'un tissu associatif d'une grande richesse, reconnu comme un acteur majeur de la démocratie sanitaire en région. Son engagement dans l'aide aux personnes et à leurs aidants, sa connaissance des besoins, la diversité de ses actions, en font un atout majeur au service de la santé des Franciliens.

L'ARS a, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'objectif de consolider les associations avec lesquelles elle travaille, en leur permettant de développer des actions pluriannuelles

et en soutenant la professionnalisation de leurs actions et la qualité de leurs pratiques.

La pertinence des actions de proximité conduites par certaines associations disposant d'une inscription locale forte revêt par ailleurs pour l'Agence une importance particulière au regard des enjeux spécifiques de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle souhaite également travailler en lien avec les associations contribuant à la cohésion sociale (médiateurs, femmes-relais...) et à la lutte contre la précarité.

3.2.5. Mobiliser l'ensemble des acteurs en région pour évaluer l'impact de leur action en termes de santé

La santé est un enjeu qui dépasse de beaucoup les dispositions, lois et institutions qui touchent au domaine de la santé. L'action dans des domaines variés, à travers les décisions que chaque acteur, public ou privé, peut être amené à prendre, pourra avoir un effet direct sur la santé de la population en région. Dès 1986, la charte d'Ottawa, qui fête en 2011 ses 25 ans, a établi que le pilotage d'une politique de santé a pour composante nécessaire de savoir « inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leurs responsabilités à cet égard ». Outre les effets directs d'une politique dans le domaine qu'elle vise spécialement, quels effets cette politique produit-elle sur la santé ? Il s'agit ici de la **mission d'éclairage sur les effets**, dont l'ARS entend pleinement se saisir.

En effet, cette mission est une composante essentielle de l'action de réduction des inégalités sociales de santé, car on sait que de nombreuses décisions publiques sont susceptibles d'avoir un impact de santé fortement différencié selon les strates sociales : choix de développement en matière de transports, d'urbanisme, d'environnement…, les domaines pour lesquels les Franciliens peuvent être affectés dans leur santé de façon différente selon leur lieu de résidence et leur niveau socioprofessionnel sont nombreux.

C'est pourquoi l'ARS entend proposer à ses partenaires comme à l'ensemble des acteurs en région de se saisir de leur responsabilité en matière de santé. Dans ce but, l'ARS diffusera largement, par le renseignement d'indicateurs en routine, une information continue sur l'état de santé des Franciliens et sur les inégalités sociales et territoriales qui l'affectent.

Par ailleurs, elle approfondira, en lien avec les travaux conduits en la matière au niveau national, les **procédures, méthodes et outils des études d'impact en santé** (EIS), dont la vocation est de juger les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Elle expérimentera avec des acteurs volontaires locaux une démarche permettant de développer une compétence pour évaluer *ex ante*, avant la mise en place d'une politique ou d'un programme, ses effets sur la santé de la population et leur distribution.

3.2.6. Mieux articuler la politique de santé avec les problématiques d'urbanisme, d'aménagement et d'environnement

Les relations entre urbanisme, environnement et santé représentent un enjeu majeur, générateur d'inégalités sociales de santé ; l'ARS se donne pour objectif de contribuer à faire reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants majeurs de la santé de la population francilienne.

L'objectif est donc de promouvoir la prise en compte des enjeux sanitaires dans les différents projets ou politiques (notamment d'aménagement). Sous l'effet d'une mobilisation désormais internationale des acteurs de santé publique pour porter la santé « dans toutes les politiques » et notamment dans les politiques liées à l'aménagement du territoire, des pistes d'amélioration et des outils se développent pour permettre de penser l'action dans sa globalité et de construire des réponses locales. L'ARS entend donc contribuer à la diffusion de tels outils, en organisant **le dialogue et le partage des cultures entre acteurs de la santé et acteurs de l'urbanisme**, et en promouvant des démarches volontaires comme les évaluations d'impact sur la santé ou l'implication des riverains dans la gouver-

nance autour de grands équipements pouvant avoir un impact sur la santé.

Ainsi, le deuxième **Plan régional santé environnement** fait du suivi et de la lutte contre les inégalités de santé liées à l'environnement une orientation stratégique majeure, à travers notamment l'approfondissement des outils de l'évaluation d'impact en santé (EIS). Outre l'observation des situations de multi-expositions environnementales (« points noirs environnementaux »), le diagnostic des inégalités sociales dans le champ de la santé environnementale fait l'objet d'une action exploratoire spécifique (fiche 2) dont l'ARS est pilote, en lien avec les services de l'État, avec pour objectif de mieux documenter l'impact, sur les inégalités sociales de santé à l'échelle d'un territoire, des politiques publiques ayant une implication environnementale. Seront également testés dans ce cadre un appui scientifique pour la participation de la population aux signalements de situations d'exposition environnementale et aux processus de décision et de concertation autour de sources réelles ou potentielles d'exposition.

Par ailleurs, l'ARS s'attachera à faire valoir la prise en compte des enjeux de santé dans les travaux liés au projet de Grand Paris. Ces enjeux peuvent être liés aux questions de répartition de l'offre sanitaire, le réaménagement des réseaux de transport franciliens étant porteur d'effets directs ou indirects sur la densité des bassins de vie, les trajets et flux de personnes, les temps de transports des personnels, les flux entre établissements sanitaires, etc. Le projet francilien est aussi porteur d'enjeux sur l'état de santé, la restructuration des territoires et l'aménagement des espaces ayant des effets sur l'environnement de vie. Ces enjeux doivent être au cœur d'un projet auquel l'ARS entend associer ses compétences pour faire valoir la santé des Franciliens dans toutes les décisions qui l'impactent. L'ARS s'attachera également à promouvoir les échanges pour anticiper les évolutions de l'offre de santé rendues nécessaires pas les projets d'aménagement du territoire.

3.3. MOBILISER LA RÉGION POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

3.3.1. Un dispositif privilégié pour lutter contre les inégalités de santé : les contrats locaux de santé

Dans les territoires identifiés comme vulnérables, l'ARS confortera sa démarche de contractualisation territorialisée en développant les contrats locaux de santé (CLS), engagement qui figure dans son CPOM.

Les CLS seront conclus avec les **collectivités territoriales**, notamment les communes ou communautés de communes. Ils visent à mieux coordonner la démarche de l'ARS, déclinant le Projet régional de santé, et les projets de santé portés par les collectivités. S'ils peuvent débuter par des actions retreintes, ils doivent s'inscrire dans une démarche progressive et se structurer autour de la **déclinaison des 3 schémas** du Projet régional de santé pour couvrir l'ensemble du champ de compétences de l'Agence.

Ce sont des outils précieux pour participer à la **réduction des inégalités sociales** et territoriales de santé. Ils peuvent porter sur l'ensemble du champ de compétences de l'Agence (prévention, soins, services médico-sociaux) mais également sur les déterminants de santé pour lesquels les leviers se trouvent largement à l'extérieur. Le contrat permet ainsi de sensibiliser les collectivités territoriales signataires à la nécessité d'intégrer les enjeux de santé dans toutes leurs politiques.

Une attention particulière sera portée à l'articulation entre ces contrats locaux de santé et les démarches existantes dans le cadre de la politique de la ville (volets santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et Ateliers santé ville (ASV), Conseils locaux de santé mentale, volet de santé des agendas 21…), qui témoignent déjà d'une forte sensibilisation aux problèmes de santé dans des territoires fragilisés. Sur les territoires ruraux, l'ARS

devra repérer les porteurs potentiels, favoriser la créativité, l'expérimentation et les comportements adaptatifs, et travailler en lien avec les entités en charge de l'aménagement du territoire. La logique du pilotage partenarial apparaît comme centrale dans l'élaboration des CLS.

Les CLS peuvent également associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions (CPAM, CAF, conseils généraux, associations, mutuelles etc.) créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

3.3.2. Habitat et santé : une interaction à mieux connaître pour mieux la maîtriser

L'Île-de-France est une région ou les problèmes liés au logement et à l'hébergement sont cruciaux. Cette situation entraîne des répercussions importantes au niveau de la santé, qui doivent être reconnues et traitées par l'ARS. L'entrée « environnementale » de ces problèmes est essentielle : éradication du saturnisme infantile, lutte contre l'habitat insalubre, lutte contre le bruit, pollutions des sols ou contamination de l'air intérieur aux logements… L'ARS doit à cet effet mener des politiques fortes pour lutter contre ces problèmes environnementaux et, ainsi, contribuer à améliorer la santé des personnes dans leur milieu de vie. Le nombre de logements faisant l'objet d'une procédure d'insalubrité fera du reste l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM de l'Agence[57], l'objectif étant de passer de 2 376 concernés à la signature du CPOM, à 3 564 dès 2013.

Mais la notion d'habitat recouvre également une dimension plus économique, sociale et culturelle : l'ARS s'engagera également dans une meilleure connaissance des effets des modes d'habitat sur la santé. Ainsi, il est maintenant démontré en Île-de-France que les lieux d'habitat contribuent aux différences observées dans la prévalence du surpoids et de l'obésité. De même, l'impact du mode de résidence ou de l'absence de domicile sur les problèmes de santé mentale doit être mieux exploré. Enfin, la notion d'habitat et santé implique également une réflexion sur la proximité des services aux personnes : disponibilité en soins de premier recours, présence de services hospitaliers, répartition des structures et services médico-sociaux.

3.4. FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

3.4.1. Donner leur essor aux instances régionales

La CRSA et les conférences de territoire doivent réellement devenir des lieux de débats et de production d'avis utiles à la mise en œuvre des politiques de santé régionales. L'objectif en la matière est, en évitant les écueils rencontrés par le passé et identifiés dans le bilan des conférences régionales de santé, de **donner à la démocratie sanitaire en région un contenu rénové** à travers ces nouvelles instances.

Ainsi l'ARS souhaite-t-elle travailler en partenariat étroit avec la CRSA et l'associer à des groupes de travail ou à certains comités techniques.

De même des réunions spécifiques faisant le lien entre la CRSA, les conférences de territoire (notamment au travers de leurs présidents respectifs) et l'ARS seront mises en place et leur pertinence évaluée notamment au regard de la fluidité de circulation de l'information et de leur cohérence dans la réalisation du Projet régional de santé.

3.4.2. Développer les consultations thématiques et le débat public en région

Toutefois, dans une région où le tissu associatif est particulièrement riche, représentatif de la diversité des usagers, et où les communautés professionnelles sont nombreuses, il convient d'**étendre la vie de la démocratie sanitaire au-delà des instances qui lui sont dédiées**.

C'est pourquoi l'ARS apportera son concours à la CRSA à qui la loi a confié l'organisation du débat public et cherchera à susciter l'expression d'une démocratie sanitaire en acte.

Il s'agira aussi de mettre en œuvre des modalités de débat innovantes, notamment via Internet, permettant une réelle expression et sensibilisation des Franciliens aux choix qui seront faits pour prendre en charge leur santé.

Au-delà, l'ARS considère que pour donner tout son sens à la démocratie sanitaire et optimiser les résultats des actions en santé, il convient d'encourager les démarches de santé communautaire pour favoriser l'expression des personnes et leur participation à la définition de leurs besoins, à la recherche de solutions et à l'évaluation des actions conduites.

3.4.3. Renforcer la représentation des usagers et les droits collectifs

Une politique de santé partagée repose en outre sur la qualité de la représentation des usagers. L'ARS souhaite améliorer les **processus de désignation des représentants** des usagers, de gestion des candidatures dans les établissements de santé, de formation des représentants des usagers en partenariat avec les établissements ou les fédérations régionales. Il s'agit d'apporter davantage de transparence dans les modalités de désignation et une meilleure efficacité dans la gestion des sièges vacants et des candidatures.

L'ARS s'attachera à promouvoir de façon ambitieuse le rôle de ces représentants qui font vivre la démocratie sanitaire que ce soit au travers de son soutien et d'un budget consacré aux instances telles les Commissions des relations avec les usagers, de la qualité et de la prise en charge (CRUQPC), ou au travers des outils de contractualisation permettant d'inciter les opérateurs sanitaires et médico-sociaux à mieux les prendre en compte.

Plus largement, l'Île-de-France est riche de la mobilisation de nombre de ses **élus locaux** sur les questions de santé ; cette mobilisation collective constitue pour l'ARS un atout qu'il convient d'approfondir.

3.4.4. Répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé

Avec la loi du 4 mars 2002, les principes essentiels de la démocratie sanitaire ont été consacrés et ces fondements ne paraissent plus aujourd'hui contestés. Pour autant, la construction reste inachevée à certains égards. Dans son rapport de juin 2009 sur les droits des usagers, la conférence nationale de santé notait que le droit à l'information est, parmi les droits des usagers du système de santé, le droit le moins abouti. Non sans paradoxe si l'on songe à la quantité d'informations en santé disponibles aujourd'hui via Internet.

Au-delà de sa mission de faire vivre les nouvelles instances de la démocratie sanitaire en région voulues par le législateur, l'ARS a l'ambition de rendre effective cette démocratie sanitaire en permettant aux citoyens de devenir réellement les acteurs des enjeux du système de santé et de ses défis à venir. Informer les usagers sur l'organisation du système de santé et publier les indicateurs relatifs à la qualité des services offerts sont un préalable nécessaire pour permettre cette prise de parole. On sait, de surcroît, que les difficultés d'accès à l'information ont une responsabilité particulière dans la formation des inégalités sociales de santé.

Pour l'ARS, l'enjeu concerne moins la production de l'information pertinente que son organisation et sa **mise à disposition dans une logique de service vers l'usager**. Cet enjeu concerne d'une part **la lisibilité** de l'organisation de l'offre de santé (qui fait quoi, où, quand et à quel tarif) mais aussi l'information sur **la qualité** des soins et services offerts, information dont la formulation nécessite une réflexion approfondie afin qu'elle soit utilisable par les usagers.

Première étape dans cette perspective, des référentiels régionaux sont en construction dont l'annuaire des structures et des professionnels : le répertoire opérationnel des ressources (ROR) d'Île-de-France, destiné à offrir une information dynamique et opérationnelle de l'offre de santé aux professionnels et à les aider notamment dans l'orientation du patient. Ces référentiels serviront, avec d'autres et notamment ceux des centres ressources, à alimenter un portail d'informations dédié au grand public.

3.5. SE DOTER DES MOYENS D'APPROFONDISSEMENT DE L'ACTION CONDUITE PAR L'AGENCE

3.5.1. Mobiliser les leviers financiers pour adapter l'offre aux besoins

Au titre des ressources directement mobilisables par les ARS figurent principalement les financements sous forme de dotations, qu'ils soient sur fonds Assurance Maladie ou crédits d'État, qui représentent plus de 7 600 M€. Dans ce cadre, l'ARS fortement contrainte par le financement récurrent de structures, peut toutefois établir une politique d'allocation des ressources au service de ses politiques d'adaptation de l'offre aux besoins locaux (prévention, organisation des soins, accompagnement de démarches d'efficience, soutien à l'innovation).

Les marges d'action des ARS sont également sous la contrainte d'une répartition des ressources décidée par le niveau national, sans qu'il soit donné à ce stade aux agences la possibilité d'orienter cette répartition. La fongibilité des crédits d'intervention au plan régional serait pourtant le préalable nécessaire pour que la transversalité des missions de l'ARS se traduise dans les faits par la réallocation des ressources en fonction des besoins locaux. Les ARS ont hérité d'une situation où chaque secteur et organisme avait développé ses propres outils de financement, dont l'efficacité était analysée de manière isolée. Il est nécessaire d'avoir une approche consolidée, afin, au vu d'un objectif ou d'une action donnée, de réfléchir à la meilleure combinaison de financements (par exemple entre financement via des établissements ou des crédits d'intervention) en termes d'effet levier.

Parmi les grands modes de financement à la main des ARS figurent les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), crédits qui font l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements dans les CPOM. Dans ce domaine, la région se caractérise par le poids important de l'APHP (1,2 Mds€ sur 1,9 Mds€ de crédit MIGAC). Outil privilégié pour une allocation de moyens plus efficiente au niveau régional, l'utilisation de cette dotation à des fins de réorganisation de l'offre de soins se heurte toutefois à un enjeu problématique dès lors qu'une part importante de ces crédits est en réalité dévolue à des dépenses relevant d'activités structurelles de production dans les établissements. A titre d'illustration, les deux MIG visant au financement des aides médicale d'urgence (SAMU et SMUR) représentent environ 7 % des MIGAC (ou 10 % des MIG).

Enfin, sans pour autant avoir la main sur les autres financements, l'ARS peut influencer le comportement des acteurs au travers de ses missions de régulation et de planification. L'articulation des différents leviers est ici essentielle. A titre d'exemple, on peut citer l'action des ARS en faveur de la chirurgie ambulatoire, que ce soit au travers du programme de gestion du risque régional ou au travers d'actions d'accompagnement des établissements. Cette action de terrain vient compléter la politique tarifaire incitative qui est à l'œuvre depuis 2007.

3.5.2. Le CPOM ARS/État, un outil pour évaluer les actions de l'ARS

Dans un souci d'exemplarité, l'ARS est résolue à se soumettre aux impératifs de qualité et d'efficience qu'elle entend porter pour l'offre de santé en région.

En premier lieu, l'ARS soumettra son action à la grille d'évaluation constituée par les indicateurs attachés au CPOM qu'elle a contracté avec l'État[58].

Dans ce CPOM, des indicateurs précis sont associés à chacun des objectifs arrêtés. Douze indicateurs prioritaires sont communs à toutes les régions. D'autres indicateurs sont le fruit de l'initiative spécifique de l'ARS pour adapter le CPOM aux spécificités des enjeux de la région : ils concernent en Île-de-France la mortalité infantile, la lutte contre la tuberculose et les coopérations hospitalières. Le taux de participation des populations aux dépistages organisés et l'amélioration de la couverture vaccinale, la prévalence de l'obésité chez les enfants ou le taux de mortalité infantile comptent au rang des indicateurs qui évalueront l'action de l'ARS à l'aune de son impact sur l'état de santé

de la population. D'autres indicateurs renseignent sur l'action de l'ARS en matière d'organisation de l'offre de santé, de qualité et d'efficience. Le développement des modes d'exercice collectif, la lutte contre les déserts médicaux, la diversification de l'offre médico-sociale font ainsi l'objet d'indicateurs dédiés. En matière de qualité des soins, l'indicateur retenu concerne le taux d'établissements certifiés avec réserve. En matière d'efficience, l'action de l'ARS sera notamment évaluée à l'aune du déficit cumulé des établissements de santé, de la réalisation de son programme pluriannuel de gestion du risque ou du développement de la chirurgie ambulatoire.

Porteuse de l'ambition de développer la culture de l'évaluation auprès des offreurs de santé, l'ARS souhaite également développer la certification de ses procédures internes de façon à faire progresser la transparence et l'efficience de son fonctionnement.

3.5.3. Assurer le suivi du Plan stratégique en s'appuyant sur la veille et la prospective

L'évaluation des besoins et la pertinence des diagnostics qui nourrissent ce plan stratégique exigent une veille constante assortie d'un effort de réactualisation en tant que de besoin. Le suivi de ce plan stratégique établi pour une durée de cinq ans requiert aussi une attention précise aux tendances qui structurent l'avenir du système de santé. La réflexion stratégique est en effet inséparable d'une démarche prospective, dont l'ambition n'est pas de prédire l'avenir mais bien d'anticiper les évolutions et de repérer les éléments porteurs d'avenir afin de guider les décisions sur le long terme. La rapidité des évolutions qui affectent le secteur de la santé, qu'il s'agisse d'innovations techniques et thérapeutiques ou d'innovations organisationnelles, impose de développer cette dimension prospective et stratégique. En outre, l'incertitude engendrée aujourd'hui par la phase de transition épidémiologique que nous connaissons, déclencheur d'adaptations organisationnelles et professionnelles incontournables, accroît ce besoin d'anticipation. Enfin, le secteur de la santé est également fortement exposé aux évolutions qui, tout particulièrement dans notre région, affectent les déterminants sociaux de la santé : impacts sociaux de la crise économique, nouvelles précarités du travail, modifications des équilibres familiaux et générationnels, transformations de l'urbanisme et projet de Grand Paris, risques environnementaux, accès décuplé à l'information et Internet, nombreuses sont les lignes de force d'évolution de la société francilienne qui nécessitent d'être prises en compte dans notre politique de santé.

Il est indispensable pour la région Île-de-France d'être exemplaire en prenant en compte les enjeux émergents et les pratiques innovantes pour le bénéfice de la population.

Le suivi de ce plan stratégique sera donc accompagné par un groupe d'expertise associant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dont la mission sera de repérer les enjeux émergents et d'analyser, veille bibliographique et technologique à l'appui, les tendances qui structurent l'évolution du système de santé.

3.5.4. Assurer le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 stipulent que le plan stratégique régional de santé doit prévoir « l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé ».

Il est communément admis de distinguer le suivi de l'évaluation. Le suivi permet de réaliser un bilan régulier des réalisations au regard d'indicateurs de moyens et d'indicateurs de résultats. L'évaluation relève de questionnements et d'analyses plus approfondis, qui permettent de mesurer, au-delà des moyens et des résultats, l'impact de l'action conduite. Elle consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique, sa mise en œuvre et ses effets, selon plusieurs critères généralement reconnus :

- **un critère de cohérence** dans la conception comme dans la mise en œuvre : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ?
  les moyens juridiques, humains et financiers mis en place sont-ils adaptés à ces objectifs ?
- **un critère d'efficacité** : dans quelle mesure les évolutions constatées sont-elles conformes aux objectifs de la politique et dans quelle mesure les effets propres de la politique

sont-ils conformes à ses objectifs ?
- **un critère d'efficience** : les ressources financières mobilisées par la politique ont-elles été bien utilisées ? les résultats de la politique sont-ils à la mesure des sommes dépensées ?
- **un critère d'utilité** : quelles sont les conséquences globales de la politique pour la population ?
- **un critère de pertinence** : les enjeux que la politique évaluée avait initialement identifiés comme stratégiques se sont-ils révélés effectivement décisifs pour améliorer la situation de la population concernée ?

La formalisation *ex ante* de procédures de suivi et d'évaluation comporte un triple enjeu pour l'institution :

- **un enjeu démocratique** : assurer la transparence sur l'action, rendre compte des fonds publics consommés et instaurer le débat ;
- **un enjeu stratégique** : disposer de l'information nécessaire pour adapter et réorienter la stratégie ;
- **un enjeu managérial** : mobiliser les équipes et les partenaires autour d'une démarche concertée.

En pratique, les procédures de suivi et d'évaluation doivent permettre de répondre à 3 questions principales :

- **la question de la cohérence** entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et les actions effectivement conduites, notamment au titre des schémas ;
- **la question de la cohérence** entre la stratégie affichée dans le plan stratégique régional de santé et la dépense ;
- **la question de la performance** de l'Agence : les actions conduites permettent-elles d'atteindre les objectifs définis ? ont-elles un impact sur la santé des populations ? les résultats sont-ils satisfaisants au regard des ressources engagées ?

Si le suivi est par nature continu, l'évaluation, quant à elle, peut se faire en deux temps :

- **une évaluation intermédiaire** à mi-parcours (2013) portant principalement sur les enjeux de cohérence ;
- **une évaluation-bilan**, en 2016, sur les aspects d'efficacité, d'efficience et d'impact.

La préparation du deuxième plan stratégique régional de santé pour 2016 pourra ainsi se fonder sur les procédures continues du suivi et sur l'évaluation intermédiaire. L'évaluation à mi-parcours, qui exige une vraie distanciation, pourra justifier de faire appel à un prestataire externe, sur un cahier des charges conçu en amont. Les modalités de mise en œuvre des procédures de suivi et d'évaluation devront faire l'objet de discussions avec la CRSA.

LISTE DES SIGLES

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AJ : accueil de jour
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale de l'état
ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANTESYS : analyse territoriale du système de santé
APAJH : association pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF : association des Paralysés de France
AP-HP : assistance publique – hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
ASIP-Santé : agence des systèmes d'information partagés de santé
ASV : atelier santé-ville
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC : accident vasculaire cérébral
AVK : anti-vitamines K
BCG : (vaccin de) bilié de Calmette et Guérin
BMR : bactéries multi-résistantes
CAF : caisse d'allocation familiale
CAMSP : centre d'accueil médico-social précoce
CAPRI : capacités des réanimations sur internet
CAPTV : centres antipoison et de toxicovigilance
CAQCOS : contrats régionaux d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CARRUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue
CClin : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CCSS : commission des comptes de la sécurité sociale
CESAP : comité d'étude et de soins aux polyhandicapés
CERVEAU : centre régional de veille et d'action sur les urgences
CFDT : confédération française démocratique du travail
CHT : centre hospitalier territorial
CIRE : cellules interrégionales d'épidémiologie
CLAT : centre de lutte antituberculeuse
CLIC : centres locaux d'information et de coordination
CLS : contrats locaux de santé
CMMP : (ex-usine CMMP) usine qui a broyé de l'amiante jusque dans les années 1970 à Aulnay-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
CMU : couverture maladie universelle
CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CO : monoxyde de carbone
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC : commissions des relations avec les Usagers, de la Qualité et de la Prise en Charge
C(R)VAGS : cellule (régionale) de veille, d'alerte et de gestion sanitaires
CSA : conseil – sondage – analyse (institut de sondage)
CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP : code de la santé publique
DEI : diplôme d'état infirmier
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DMP : dossier médical personnel
DPC : développement professionnel continu
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRIEE : direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie
DRIHL : direction régionale interdépartementale de l'hébergement et du logement
DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
D-SISIF : développement des systèmes d'information de santé
EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIS : études d'impact en santé
ENRS : espace numérique régional de santé
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPS : éducation pour la santé
EPS : établissement public de santé
ERASME : Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique
ESAT : établissements et services d'aide par le travail
ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : éducation thérapeutique du patient
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHP : fédération de l'hospitalisation privée
FNARS : fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FIQCS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMC : formation médicale continue
GCS : groupements de coopération sanitaire

LISTE DES SIGLES

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale
GE : groupements d'employeurs
GHU : groupes hospitaliers universitaires
GIE : groupements d'intérêt économique
HAS : haute autorité de santé
HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : haut conseil de la santé publique
HPST : (Loi) hôpital, patients, santé et territoires
HT : hébergement temporaire
HTA : hypertension artérielle
IAU : institut d'aménagement et d'urbanisme
IDH : indice de développement humain
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IME : institut médico-éducatif
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : institut de veille sanitaire
IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé
IST : infections sexuellement transmissibles
ITEP : instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques
IVG : interruption volontaire de grossesse
LAM : lits accueil médicalisés expérimentaux
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
LHSS : lits halte soins santé
LMD : Licence-Master-Doctorat
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MEP : médecin à exercice particulier
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
MIPES : mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
MSP : maison de santé pluridisciplinaire
NMR : nouveaux modes de rémunérations
NRBC : (prévention des risques) nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques
OMS : organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie
ONDPS : observatoire national de la démographie des professionnels de santé
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORS : observatoire régional de la santé
ORSEC : organisation de la réponse de sécurité civile
ORSTIF : observatoire régional de la santé au travail d'Île-de-France
PA : personne âgée
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAIO : permanence d'accueil, d'information et d'orientation
PASA : pôles d'activité et de soins adaptés
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PDSH : permanence des soins hospitaliers
PH : personne handicapée
PIB : produit intérieur brut
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
PNNS : programme national nutrition santé
PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRAPS : programme d'accès à la prévention et aux soins
PRSP : plan régional de santé publique
PSRS : plan stratégique régional de santé
RECORD (étude) : « Residential Environment and CORonary heart Disease » - « Environnement résidentiel et maladies coronaires »
ROR : répertoire opérationnel des ressources
RSI : règlement sanitaire international
SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SERDEAU : (serveur web) recueille, une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au Cyber Réseau, notamment celles des SAMU
SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SEVESO : directive dite Seveso ou directive 96/82/CE est une directive européenne qui impose aux États membres de l'Union européenne d'identifier les sites industriels présentant des risques d'accidents majeurs
SINUS : système d'information numérique standardisé
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SNIR-PS : système national inter régime des professions de santé
SNIIR-AM : système national inter régime de l'assurance maladie

LISTE DES SIGLES

SRAS : syndrome respiratoire aigu sévère
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSIAD PH : service de soins infirmiers à domicile personnes handicapées
SUMER : surveillance médicale des risques
SURSAUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès
T2A : tarification à l'activité
UC : unité de consommation
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
UHR : unités d'hébergements renforcées
UNA : union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
URAPEI : union régionale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales
URIF CGT : union régionale d'Île-de-France - confédération générale du travail
URIOPSS : union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS : union régionale des professionnels de santé
USBD : union pour la santé bucco-dentaire
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
ZEP : zone d'éducation prioritaire
ZUS : zone urbaine sensible

NOTES

1. Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne », 24/03/11, et ARS, « Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18/01/11 - www.sante-iledefrance.fr

2. Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation (UC) à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle la plus utilisée (OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le 1er adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Ainsi un ménage avec 2 parents et 2 enfants (un de plus de 14 ans et un de moins de 14 ans) dispose d'un revenu fiscal moyen de 46 000 € en Île-de-France contre 42 500 € France entière.

3. INSEE, population estimée en 2008

4. J.P. Mackenbach et al., « Socioeconomic inequalities in health among 22 european countries », New England Journal of Medicine, 2008, 358, 2468-81

5. J.Stiglitz, Rapport au président de la République, septembre 2009 ; IAURIF, Note rapide, janvier 2011

6. IAU, Note rapide n°528, novembre 2010

7. L.Auzet et al., "Niveaux de vie et pauvreté en France", INSEE Première, n°1162, octobre 2007

8. D.Behar, "Le projet de grand Paris peut-il ignorer la question sociale ?", Esprit, décembre 2009

9. M.Sagot, IAU, note rapide, octobre 2010

10. C.Tavan, INSEE première, septembre 2005

11. « L'appréhension des risques psychosociaux à partir de l'enquête SUMER », Supplément BREF, avril 2009

12. A. Mesrine, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », Economie et statistique, n°334, Insee, Paris, 2000, pages 33-48

13. B.Chaix et al., INSERM U707, « Les disparités socio spatiales d'obésité en Île-de-France et leurs déterminants : l'étude RECORD »,

14. IAU, Le logement : Un champ d'étude et d'action pour Paris Métropole, juin 2010

15. ORSTIF, Enquête auprès des salariés franciliens sur les transports domicile-travail, février 2010

16. D.Bricard, F.Jusot, S.Tubeuf, "Les modes de vie, un canal de transmission des inégalités de santé", IRDES, Questions d'économie de la santé, juin 2010

17. DREES, L'état de santé de la population en France, Rapport 2009-2010, p.21

18. Source USBD-DGS

19. INPES, Baromètre santé jeunes, 2005

20. ORS, « Jeunes en Île-de-France », mars 2007

21. ORS, « La mortalité des jeunes de 10 à 29 ans en Île-de-France », 2000

22. A l'exception de la région PACA

23. P. Dourgnon, F. Jusot, C. Sermet, J. Silva, « La santé perçue des immigrés en France, Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », Questions d'économie de la santé, n°133, juillet 2008

24. Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Eléments de diagnostic de l'offre de santé en Île-de-France », 30/03/11, - www.sante-iledefrance.fr

25. M.Coldefy, L.Com-Ruelle, V.Lucas-Gabrielli, L.Marcoux, « Les distances d'accès aux soins en France métroplitaine au 1er janvier 2007 », DREES-IRDES, juin 2011

26. SURSAUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès

27. CERVEAU : CEntre Régional de VEille et d'Action sur les Urgences

NOTES

28. CAPRI : capacités des réanimations sur internet

29. SERDEAU : (serveur web) recueille, une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au Cyber Réseau, notamment celles des SAMU

30. CAPTV : centres antipoison et de toxicovigilance

31. P.Le Fur, Y.Bourgueil, C.Cases, « Le temps de travail des médecins généralistes », IRDES, Questions d'économie de la santé, n°144, juillet 2009

32. F.Evain, « A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », DREES, Etudes et résultats, n°754, février 2011

33. R.Freund, F.Tonnelier, J.F.Philippon, « Les hospitalisations potentiellement évitables en Île-de-France », ARHIF, EHESP. Non publiée

34. Voir Annexe 1, CPOM fiches 4.4, 6.2, 6.3, 9.1, 9.2

35. Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic des ressources financières du système de santé d'Île-de-France », 17/03/11 sur http://www.sante-iledefrance.fr/

36. Voir Annexe 1, CPOM fiche 2.7

37. Voir Annexe 1, CPOM fiche 2.5

38. Voir Annexe 1, CPOM fiche 2.3. pour le dépistage du cancer colorectal et fiche 2.4. pour le dépistage du cancer du sein

39. R.Freund, F.Tonnelier, J.F.Philippon, « Les hospitalisations potentiellement évitables en Île-de-France », ARHIF, EHESP. Non publiée

40. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.7

41. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.3

42. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.4, 6.5. et 6.6

43. Voir Annexe 1, CPOM, fiche 2.6

44. Voir Annexe 1, CPOM, fiche 2.5

45. Voir Annexe 1, CPOM, fiches 2.1 et 2.2

46. Voir Annexe, « Orientations stratégiques en matière d'éducation thérapeutique du patient », 01/03/2011 ;
- www.sante-iledefrance.fr

47. Voir Annexe 1, CPOM fiche 5.1

48. Voir Annexe 1, CPOM fiche 5.2

49. Voir Annexe 1, CPOM fiche 8.3

50. Voir Annexe 1, CPOM fiche 5.3

51. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.4

52. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.5

53. Voir Annexe 1, CPOM fiche 8.1

54. Voir Annexe 1, CPOM fiche 6.7

55. Voir Annexe 1, CPOM fiche 4.2

56. Voir Annexe 1, CPOM fiche 3.2

57. Voir Annexe 1, CPOM fiche 4.2

58. Voir en annexe 1 les indicateurs retenus dans le CPOM signé entre l'ARS Île-de-France et l'Etat

Documents complémentaires disponibles dans la bibliotèque en-ligne du PRS, à l'adresse suivante - www.sante-iledefrance.fr :

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS Île-de-France et fiches indicateurs
- ARS, « Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne », 24/03/11
- ARS, « Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18/01/11
- ARS, « Diagnostic des ressources financières du système de santé d'Île-de-France », 17/03/11
- ARS, « Orientations stratégiques en matière d'éducation thérapeutique du patient », 01/03/2011
- ARS, « Orientations stratégiques sur les CLS », mars 2011

ANNEXES

Annexe 1 - liste des communes franciliennes ayant adressé un avis sur le PSRS avant le 12 octobre 2011 :

PARIS (75)

SEINE-ET-MARNE (77) :

Beaumont-du-Gatinais, Boisdon, Boissise-la-Bertrand , Boutigny, Bray-sur-Seine, Bourron-Marlotte, Cesson, Chalmaison, Chamigny, Champcueil, Champs-sur-Marne, Château-Landon, Chaumes-en-Brie, Chelles, Cocherel, Compans, Courty, Écuelles, Esbly, Évry-Grégy-sur-Yerres, Faremou-Tiers, Faÿ-lès-Nemours, Fontainebleau, Gironville, Grisy-Suisnes, Guignes-Ratubin, Iverny, Jossigny, Jouy-sur-Morin, Jutigny, La Chappelle-la-Reine, La Ferté-Gaucher, La Ferté-sous-Jouarre, La Grande Parroisse, Lagny-sur-Marne, Le Mesnil Amelot, Lesigny, Lieusaint, Lognes, Longueville, Maison-Rouge-en-Brie, Marles-en-Brie, Melun, Monterau-Fault-Yonne, Mormant, Mortery, Nandy, Nanteau-sur-Essonne, Nemours, Neufmoutiers-en-Brie, Noisiel, Ormesson, Othis, Pamfou, Pecy, Penchard, Perthes-en-Gatinais, Pomponne, Quincy-Voisins, Roissy-en-Brie, Saint-Fargeau-Ponthierry, Saint-Germain-Laval, Saint-Mammès, Saint Pierre-les-Nemours, Saint-Soupplets, Samois-sur-Seine, Savigny-le-Temple, Soignolles-en-Brie, Thomery, Thorigny-sur-Marne, Torcy, Tournan-en-Brie, Vaires-sur-Marne, Varennes-sur-Seine, Veneux-les-Sablons, Vert-Saint-Denis, Villeneuve-le-Comte, Vimpelles, Voinsles

YVELINES (78) :

Adainville, Andelus, Auteuil-le-Roi, Bonnières-sur-Seine, Bougival, Buc, Carrières-sous-Poissy, Carrières-sur-Seine, Châteaufort, Chatou, Clairefontaine-en-Yvelines, Conflans-Sainte-Honorine, Émancé, Guerville, Houilles, Issou, Juziers, Le Chesnay, Les Bréviaires, Les Mesnuls, Le Port-Marly, Limay, Marcq, Maurepas, Mézy-sur-Seine, Moisson, Montesson, MorainVilliers, Noisy-le-Roi, Porcheville, Rosny-sur-Seine, Saint-Arnoult-en-Yvelines, Saint-Cyr l'École, Saint-Hilarion, Sartrouville, Trappes, Triel-sur-Seine, Vélizy-Villacoublay- Versailles, Vicq, Villiers-Saint-Frédéric

ESSONNE (91) :

Aubernaux, Bondoufle, Boussy-Saint-Antoine, Brières-les-Scellés, Brouy, Brunoy, Bruyères-le-Chatel, Cerny, Chilly-Mazarin, Corbreuse, Crosne, Égly, Gometz-le-Châtel, Igny, Juvisy-sur-Orge, La Norville, Les Molières, Limours, Linas, Lisses, Longjumeau, Longpont-sur-Orge, Marcoussis, Mennecy, Méréville, Milly-la-Forêt, Moigny-sur-École, Morangis, Morigny-Champigny, Morsang-sur-Orge, Nozay, Ollainville, Ormoy-la-Rivière, Palaiseau, Richarville, Tigery, Torfou, Verrières-le-Buisson, Villemoisson-sur-Orge, Villiers-le-Bâcle, Villiers-sur-Orge, Viry-Châtillon

HAUTS-DE-SEINE (92) :

Antony, Bagneux, Clamart, Clichy-la-Garenne, La Garenne-Colombes, Malakoff, Nanterre, Reuil-Malmaison, Sceaux, Suresnes

SEINE-SAINT-DENIS (93) :

Drancy, Gagny, Le-Pré-Saint-Gervais, L'Île-Saint-Denis, Livry-Garvan, Montreuil-sous-Bois, Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Pantin, Pierrefitte-sur-Seine, Romainville, Rosny-sous-Bois, Villemonble

VAL DE MARNE (94) :

Ablons-sur-Seine, Acueil, Bry-sur-Marne, Bonnueil-sur-Marne, Chevilly-Larue, Créteil, Joinville-le-Pont, Le Kremlin-Bicêtre, La Queue-en-Brie, Maison-Alfort, Marolles-en-Brie, Orly, Saint-Maur des Fausses, Saint-Maurice, Sainteny, Valenton

VAL D'OISE (95) :

Andilly, Argenteuil, Beaumont-sur-Oise, Bezons, Boissy L'Aillerie, Champagne-sur-Oise, Chauvry, Courcelles-sur-Viosne, Domont, Fontenay-en-Parisis, Fosses, Goussainville, Grisy-les-Plâtres, Groslay, Hodent, Le Mesnil-Aubry, Le Thillay, L'Isle-Adam, Livilliers, Marines, Marly-la-Ville, Mériel, Mours, Parmain, Roissy-en-France, Saint-Brice-sous-Forêt, Saint-Gratien, Saint-Ouen L'Aumône, Saint-Prix, Sarcelles, Soisy-sous-Montmorency, Vigny

ANNEXES

Annexe 2 - Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS Île-de-France : récapitulatif des indicateurs :

PRIORITES NATIONALES	OBJECTIFS	N°	INDICATEURS DE RESULTAT		VAL INIT	CIBLE REGIONALE 2010	2011	2012	2013
AMÉLIORER L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ	Réduire la mortalité prématurée évitable	1.1	Taux de mortalité prématurée évitable		H : 74,6 F : 23,9		H : 61,5 F : 21,9		
		1.2	Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge		H : 11,3 F : 4,9		H : 11,3 F : 4,9		
	Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies	2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle		3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	Moyenne nationale actualisée en 2013
		2.2	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle		13,4%	13,4%	13,4%	13,4%	
		2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans						50%
		2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans		38,2%				60%
		2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole						95%
		2.6	*Taux de mortalité infantile*		*4‰*				*3,5‰*
		2.7	*Dépistage et suivi des sujets contacts vivant sous le même toit que le cas index : 100% (tuberculose)*						
	Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires	3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année		NA				
		3.2	% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité		5%	5%	4%	3%	1,5%
PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DEVANT LA SANTÉ	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale		3%				
		4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP		2376				3564
		4.3	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)		0		80	80	80
		4.4	Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'Assurance Maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)		PA : 21,6% PH : 27,3%	PA : 21,5% PH : 27,2%	PA : 21,4% PH : 27,1%	PA : 21,3% PH : 27%	PA : 21.2% PH : 26.9%
DÉVELOPPER UN SYSTÈME DE SANTÉ ACCESSIBLE ET EFFICIENT	Améliorer la qualité et l'efficience des soins et des services médico-sociaux	5.1	% d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)		16%	16%	15%	15%	10%
		5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe		PA : 0% PH : 0%	PA : 2% PH : 2%	PA : 16% PH : 16%	PA : 30% PH : 30%	PA : 44% PH : 44%
		5.3	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque						
	Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins	6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée		90,9	90,9	90,9	90,9	90,9
		6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public		PA : 36% PH : 23%	PA : 45% PH : 40%	PA : 55% PH : 55%	PA : 65% PH : 65%	PA : 75% PH : 75%
		6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale		PA : 23,8% PH : 23,3%	PA : 24,6% PH : 23,5%	PA : 24,4% PH : 23,7%	PA : 24,3% PH : 23,6%	PA : 24,2% PH : 23,6%
		6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)		77,9%	79%	81%	83%	85%
		6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés		5,4%	6%	7%	8%	10%
		6.6	Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.		Indicateur neutralisé				
		6.7	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé)		3	7	15	23	33
		6.8	Coopérations hospitalières						
	Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire	7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS		Indicateur neutralisé				
		7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)		Indicateur neutralisé				
	Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé	8.1	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (K€)	EPS hors AP-HP	- 69 M€		- 60 M€		
				AP - HP	- 96 M€				
		8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours		Indicateur neutralisé				
		8.3	Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008						
		8.4	Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%		48	45	45	50	55
	Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées	9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional		0	10%	30%	70%	100%
		9.2	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)		+ 33,1%	+117%	+127%	+135%	+140%

**Indicateurs prioritaires pour l'ARS en gras (priorité 1) ou sous-lignés (priorité 2)/ indicateurs spécifiques régionaux en italique*

PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Retrouvez toute l'actualité du Projet Régional
de Santé sur le blog de l'Agence
www.sante-iledefrance.fr

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

www.ars.iledefrance.sante.fr