

BILAN

Projet régional de santé Île-de-France
2013-2017

Schéma de prévention

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
2018 - 2022

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



C'est pour moi une vraie fierté de présenter le bilan du schéma régional de prévention (SRP).

Dès mon arrivée à la direction de l'ARS Île-de-France, j'ai souhaité réaffirmer l'importance dans la stratégie régionale de santé de ce volet de l'activité de l'Agence et de ses partenaires : non pas comme un exercice de style, un passage obligé, mais bien dans l'incarnation de ce que représente la santé publique dans notre région : un outil majeur pour réduire les écarts de santé, ces inégalités qui déchirent nos territoires et dont nos

concitoyens payent le prix.

Le bilan qui se décline ici est à la fois illustratif et incomplet, frustrant et enthousiasmant.

Incomplet et frustrant : le schéma régional de prévention avait privilégié des axes et des projets d'ordre souvent méthodologique, privilégiant tel ou tel thème. Le bilan suit cette logique, mettant en exergue la réponse aux engagements pris, et laissant ainsi dans l'ombre de nombreux pans de l'activité régionale en santé publique.

Mais il est illustratif, et de belle façon, de ce dont nous pouvons ensemble être fiers. Ce n'est pas rien qu'en Île-de-France le taux d'enfants avec une plombémie excessive ait baissé, que le taux de personnes découvrant tardivement leur séropositivité au VIH ait reculé : dans ces deux cas, les acquis sont multifactoriels, et la causalité complexe, me dira-t-on ? Raison supplémentaire de porter haut ces acquis : car c'est bien en entrelaçant notre action avec celle des autres secteurs de la vie sociale que nous avançons.

Le bilan est illustratif aussi des avancées dans les techniques et les pratiques en santé publique, dans la diversité de leurs exercices. En assurant un système de veille permanent et réactif, en innovant dans le champ de l'évaluation d'impact en santé, en bâtissant une stratégie en périnatalité fondée sur la compréhension épidémiologique et sociale des mécanismes, nous voulons une santé publique à la pointe des connaissances scientifiques : la réduction des inégalités passe aussi par cette exigence de rigueur et de qualité.

Illustratif également de la capacité de chacun d'inventer, de s'adapter, de penser son action non pas dans une dynamique autocentrée, mais en réponse aux besoins toujours évolutifs des Franciliens. L'adaptation des appartements de coordination thérapeutique (ACT), l'émergence de la préoccupation de la santé des jeunes, les expérimentations en Education thérapeutique du patient (ETP) ou dans le champ du diabète, la mise en place d'un centre d'analyse des risques, des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) des infections par le virus du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, ou du dépistage du cancer du col de l'utérus, en sont autant d'exemples.

Illustratif enfin de la multiplicité des acteurs à l'œuvre : les professionnels de santé de tous exercices bien sûr, libéraux ou salariés, dont la contribution est importante dans le champ de la prévention comme dans celui de la qualité de notre système de soins, et vis-à-vis desquels des dispositifs nouveaux ont été proposés, notamment en termes de qualité/sécurité. Mais aussi les associations et les collectivités locales. Parce que la santé publique concerne chacun, elle mobilise chacun. De ce

point de vue, Contrats locaux de santé et Conseils locaux de santé mentale fournissent un cadre exceptionnel, et dont plusieurs chapitres de ce bilan témoignent, pour des actions mieux partagées.

A parcourir ces pages, on croise tout ce qui fait la vie de nos concitoyens, et ce que nous qualifions de déterminants de santé : tout ce qui, de cette vie, fait - et souvent défait - la santé. On y retrouve les enjeux de l'insertion, de l'éducation, ceux des transports et de l'urbanisme, les questions des droits sociaux ou de l'accès aux soins. On y retrouve la grande question du logement et souvent de son absence, celle de l'habitat, et les enjeux essentiels de l'aménagement, de la ségrégation, de l'environnement.

Cela n'a rien d'étonnant : parler santé publique, c'est parler populations, habitants, cadre de vie et difficultés sociales ou urbaines. Nos inégalités de santé sont structurelles, et trouvent leur source dans les inégalités régionales mêmes : au-delà de l'incantation, ce bilan propose des premières pistes pour les affronter.

Les dispositifs de prévention tentent de s'adapter dans leurs méthodes, leurs implantations territoriales, leurs articulations internes. Il nous faut faire beaucoup mieux, et davantage là où les difficultés sont les plus importantes.

Mais il faut aussi travailler autrement : peser sans cesse et partout pour des politiques publiques favorables à la santé, et surtout favorables à l'équité en santé ; associer les habitants, et pas seulement ceux intégrés au débat public, et les associer dès le début ; agir plus précocement, dès l'enfance ; tisser de nouvelles alliances avec les acteurs de la vie régionale.

Enfin, les acteurs de la santé francilienne, professionnels ou habitants, ont durant les années passées fait face à une situation sans cesse mouvante : les crises qui mettent le système sous tension, les conséquences d'épidémies internationales ou de situations de guerres toujours aggravées, la montée de la précarité ou l'émergence de pénuries vaccinales : cette expérience nous convainc que notre capacité de veille, d'anticipation et de prise en charge doit être renforcée.

Un travail de fond sur les causes profondes des inégalités de santé, une veille vigilante, une sécurité améliorée : c'est à cela que j'invite les acteurs à travailler pour le prochain Projet régional de santé. Et c'est bien en cela, je le disais, que ce bilan est enthousiasmant.

Christophe DEVYS
Directeur général ARS Île-de-France



Le président de la Commission spécialisée prévention (CSP) se réjouit de l'importance que le Directeur général de l'Agence régionale de santé accorde à l'objet de la commission qu'il anime. Il salue les progrès accomplis grâce à l'action de ses services. Il le fait d'autant plus volontiers que le schéma régional de prévention va disparaître en tant que tel soulevant un défi de taille : intégrer la prévention (tout comme l'attention portée au médico-social) dans un schéma unique, dans un pays où le soin a toujours eu une priorité écrasante. Il ne peut dès lors manquer de s'inquiéter alors

que la conjoncture économique fragilise l'appareil de prévention sachant par ailleurs que l'ARS n'a pas tous les leviers en la matière. Il terminera malgré tout par une note d'optimisme soulevée par la somme d'initiatives de proximité qui sont autant de gages pour l'avenir.

La conjoncture économique provoque des tensions budgétaires multiples, depuis les moyens contraints du Fonds d'Intervention Régional, jusqu'à la baisse de ceux que les collectivités locales peuvent mobiliser pour la santé. Les services de Protection Maternelle et Infantile réduisent leur activité (plus ou moins selon les territoires) alors que les indicateurs périnataux montrent des besoins (de soin et sociaux) non satisfaits et que certains enfants paient gravement les effets de la « crise ». C'est pourtant dès l'enfance que se constituent les inégalités de santé qui ne feront que se creuser ensuite. Nombre de structures ou dispositifs sur lesquels on compte pour asseoir une politique de prévention sont en difficulté, qu'il s'agisse d'(inter)secteurs psychiatriques, de centres de santé ou de la médecine scolaire et universitaire. Plus fondamentalement, nos modèles de financement, à l'hôpital (tarification à l'activité) ou en ville (paiement à l'acte), ne permettent pas aux professionnels et aux institutions de dégager le temps nécessaire pour développer une pratique clinique préventive quand il faut aller toujours plus vite pour faire face à une demande de soins croissante sous l'effet du vieillissement de la population, de la fragilisation du lien social et de la montée de l'épidémie de maladies chroniques et de dépendances multiples.

Un autre sujet de préoccupation tient au champ d'intervention somme toute limité de l'Agence, donc du Projet régional de santé (PRS), face à la multiplicité des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. C'est la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Drecep) qui pilote le Plan Régional Santé Travail (PRST), mais le PRS ne peut pour autant se désintéresser des liens entre santé et travail (ou non travail). Les services de santé doivent faire face aux problèmes de santé d'origine professionnelle, mais ils ne peuvent pas se limiter à « réparer » et ont un rôle à jouer en matière de prévention. De la même façon, si les rectorats ont la responsabilité de mettre en œuvre le parcours éducatif de santé, le système de santé est concerné dans son ensemble en synergie avec la santé scolaire, qu'il s'agisse de diagnostic / prise en charge des problèmes de santé en lien avec les troubles des apprentissages, de préservation d'une scolarité optimale des enfants porteurs de maladie chronique (un sur dix) ou en situation de handicap, ou plus simplement de préservation du bien-être du plus grand nombre des enfants et adolescents de notre région. De même pour ce qui concerne les questions de santé liées à l'environnement physique et humain. Si l'Agence n'a pas la responsabilité du Plan Régional Santé Environnement (PRSE), le système de santé n'en est pas moins profondément impacté et la prévention reste à renforcer : dépistage des effets du mal-logement (habitat insalubre, précarité énergétique...) sur la santé et protection des personnes concernées, souvent des enfants ; attention particulière aux habitants vivant à proximité de « points noirs » environnementaux... De fait, si l'Agence n'a pas la responsabilité, ni les pouvoirs d'agir sur l'ensemble des facteurs qui déterminent

notre santé, elle est malgré tout comptable d'un « plaidoyer » vigoureux en faveur de la mobilisation des grands « secteurs » d'activité pour protéger la population des risques et menaces qu'ils génèrent, voire promouvoir la santé du plus grand nombre (à travers une vision renouvelée de l'urbanisme par exemple).

Après ces alertes, il est permis de terminer sur une note d'optimisme raisonnable tant est riche d'initiatives cette région si diverse et dynamique. Il se produit des mobilisations puissantes à travers des projets sociaux municipaux, des programmes de réussite éducative, qui sont autant de points d'appui pour des projets médicaux de territoire ancrés sur des réalités locales, qu'ils débouchent ou pas sur des Contrats locaux de santé ou de santé mentale. Les professionnels libéraux se regroupent et élaborent des projets pluridisciplinaires de plus en plus souvent ouverts sur la cité. Des personnes malades ou en situation de handicap se mobilisent pour la mise en œuvre de projets d'accompagnement à l'autonomie en santé.... Toute cette intelligence collective et cette générosité ne font pas encore forcément système. Elles ont besoin d'être reconnues et soutenues financièrement, outillées techniquement (« e-Santé », domotique, ...) et accompagnées méthodologiquement (notamment en promotion de la santé et santé communautaire). C'est plaider pour un effort de programmation puissant, qui mette la prévention dans le soin (y compris dans le secteur médico-social), s'articule avec les autres efforts de programmation en cours (PRST, PRSE, parcours éducatif...) et s'accompagne d'un effort de formation et de recherche pluridisciplinaire en santé publique ambitieux. Au service de la population, dans le respect de la diversité de ses valeurs, et avec sa participation. Avec l'espoir de réduire les inégalités de santé et le devoir de ne pas les aggraver. La prévention a rendez-vous avec la démocratie en santé. Une des conditions d'un Projet régional de santé réussi et motivant qui soit l'affaire de tous.

Pierre Lombrail
Président de la Commission spécialisée de prévention
de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie



BILAN

LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION S'ATTACHE A REpondre A SIX ENJEUX MAJEURS EN LIEN AVEC LES TROIS OBJECTIFS STRATEGIQUES DU PRS



INTRODUCTION

Au sein du PRS, le Schéma Régional de Prévention a constitué l'ossature des objectifs définis dans le champ de la santé publique. En complément du bilan global du PRS, il est apparu légitime en effet de rendre compte des actions engagées pour atteindre ces objectifs et engagements; ainsi, le bilan des 5 années du Schéma Régional de Prévention est construit en miroir du document initial. Ce choix méthodologique induit qu'une part des activités de santé publique conduites par l'Agence dans son activité quotidienne ne se retrouve pas dans le bilan du PRS, contrairement au « bilan à 5 ans » de l'Agence elle-même. Certains sujets, en nombre restreint, ont cependant été introduits dans le bilan alors qu'ils ne figuraient pas explicitement dans le SRP, en raison de l'impact structurant qu'ils ont eu dans la mise en œuvre de la stratégie en santé publique.

Par ailleurs, une difficulté plus déterminante provient de l'absence de processus d'évaluation prévu dans le SRP. Le bilan présenté ici comprend donc une description des actions menées, de leurs résultats, et des questionnements critiques, mais ne constitue pas une évaluation au sens strict du terme.

Deux axes structurent la réflexion de ce bilan :

Quels sont les leviers pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Le SRP avait initialement assigné cette mission à un ensemble d'actions, rassemblées dans la première partie du schéma et donc du bilan. Ici, il a été convenu d'interroger l'ensemble des pratiques à l'aune de ces inégalités. Ainsi, le questionnement est – au moins- posé dans chacun des chapitres.

Les enjeux de qualité, sécurité, amélioration des pratiques y compris dans le système de soins, présentes dès la rédaction du SRP, ont pris une importance nouvelle au cours du PRS. Ils ont été identifiés dans un ensemble de fiches bilan, cependant qu'une introduction en rappellera la reconfiguration intervenue en cours de PRS.



SOMMAIRE

EDITORIAL.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
INTRODUCTION.....	7
ELEMENTS DE CONTEXTE GLOBAUX	11
PRESENTATION ET ANALYSE DES REALISATIONS PAR ENJEU ET UNITE DE BILAN....	16
I. REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	16
⇒ <i>Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux au niveau régional par la coordination entre institutions, au niveau local par les mesures d'évaluation d'impact sur la santé et les CLS</i>	17
Commission de coordination des politiques publiques	18
Evaluation d'impact sur la santé	29
Contrats locaux de santé.....	38
Projet Grand Paris	53
⇒ <i>Réduire les impacts de l'environnement sur la santé en luttant notamment contre l'habitat insalubre.....</i>	63
Lutter contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires.....	64
⇒ <i>Prendre en compte l'impact des migrations et faire face à de nouveaux enjeux dans la prise en charge des migrants</i>	78
Accueil des réfugiés.....	80
Les avis sur les demandes de séjours pour raisons de santé	85
II. FAVORISER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PARCOURS DE SANTE	89
⇒ <i>Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance.....</i>	89
Périnatalité	90
⇒ <i>Poursuivre dans le cycle de vie la coopération avec l'ensemble des acteurs de l'enfance, adolescence et du jeune adulte</i>	104
Santé des jeunes.....	105
Lutter contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de musiques amplifiées.....	116
⇒ <i>Favoriser la coordination des acteurs œuvrant pour le bien être mental</i>	122
Santé mentale - CLSM	122
⇒ <i>Stratégie de développement de l'ETP.....</i>	140
Education thérapeutique du patient.....	140



III. Améliorer la qualité globale de l'offre en prévention et son adéquation aux besoins de la population	150
⇒ Développer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention : promouvoir le pôle régional de compétence, une culture de l'évaluation et développer la labellisation.	150
Améliorer la qualité de l'offre en prévention.....	151
IV. AUGMENTER LA CULTURE DU SIGNALEMENT ET DU RISQUE CHEZ LES ACTEURS DE SANTE, LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES CITOYENS	168
⇒ Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et des crises en santé publique.	168
⇒ Renforcer les dispositifs de veille.....	168
Dispositifs de Veille, d'alerte et de réponse aux menaces et aux crises.....	169
V. MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR RENFORCER LA VEILLE	175
⇒ Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales.	175
Expositions ou pathologies à composante environnementale	176
⇒ Prévenir les infections liées aux soins et lutter contre la résistance aux antibiotiques.	181
Infections liées aux soins et résistance aux antibiotiques.....	181
VI. POURSUIVRE DES ACTIONS PARTENARIALES REpondant AUX BESOINS DES FRANCILIENS	186
⇒ Répondre aux nouveaux enjeux de prévention	187
La lutte contre l'infection à VIH.....	188
Les conduites addictives.....	204
Soins résidentiels.....	218
⇒ Mettre en œuvre le plan tuberculose. Améliorer la couverture vaccinale	230
La lutte contre la tuberculose	230
Les Vaccinations	242
⇒ Développer le dépistage organisé des cancers.....	254
Dépistages des Cancers	254
⇒ Préserver le capital de santé bucco-dentaire.	267
La Santé bucco-dentaire.....	267
⇒ Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail.	278
Santé au travail.....	278
⇒ Renforcer la prévention et fluidifier le parcours de santé.	286
Le projet diabète	286
⇒ Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux.	300
Réduire les risques liés aux activités de pressing pour les travailleurs et les riverains	300
Sécurité sanitaire des eaux.....	305
Étudier l'impact environnemental et sanitaire des plates-formes aéroportuaires et du trafic aérien en Île-de-France : étude SURVOL.....	315



BILAN

⇒ Assurer la coordination des vigilances.	318
Qualité sécurité des prises en charge	318
⇒ Promouvoir la sécurité sanitaire des prises en charge	322
Mettre en œuvre une politique du médicament et des produits de santé	322
Qualité de la prestation pharmaceutique	337
QUELS PRINCIPES D'APPROCHE OPERATIONNELLE DE LA REDUCTION DES INEGALITES ?	351
ANNEXES	357



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE GLOBAUX

L'évolution des grands éléments contextuels socio-sanitaires depuis la mise en œuvre du PRS.

S'agissant d'un document de compréhension des politiques de santé publique, pour un PRS dont l'un des objectifs centraux est de réduire les inégalités, il est nécessaire au préalable de rappeler les grandes évolutions contextuelles dans la région, entre 2011 et 2016.

- La population francilienne s'accroît, au 1^{er} janvier 2015, **12,1 millions de personnes vivent en Île-de-France**, soit 18,8 % de la population française métropolitaine, versus 11,8 millions en 2011. La population francilienne **augmente essentiellement chez les 60 ans ou plus** qui représentent 6,7 % de la population (taux d'évolution annuel moyen de 1,3 entre 2010 et 2015). Les **moins de 20 ans** ont un taux positif d'évolution mais trois fois moindre et représentent 25,8 % de la population francilienne.
- Les **inégalités s'accroissent en Île-de-France**, région la plus riche mais la plus inégalitaire. Le taux de pauvreté des ménages franciliens est passé de 22% en 2009 à 24,3% en 2013. Le département de la Seine-Saint-Denis est le plus touché, avec 34% de personnes allocataires du RSA. Les **inégalités scolaires perdurent** avec un taux d'élèves ayant un an ou plus de retard en sixième de 16% en Seine-Saint-Denis versus 7,6% dans les Hauts-de-Seine en 2012. Cependant, le taux de réussite au brevet augmente globalement entre 2011 et 2014 de 84% à 87%.
- **L'emploi salarié francilien progresse** encore fin 2015, porté par les activités scientifiques et techniques et les services administratifs et de soutien. Ce qui veut dire une offre pour personnes qualifiées. Le **taux de chômage francilien a augmenté** d'un point entre 2011 et 2015, évoluant de 7,9 à 8,9% mais faisant partie des taux les plus bas de France. Les taux varient entre 7,4% pour les Yvelines et 13,2% pour la Seine-Saint-Denis en 2015 qui fait partie des dix départements métropolitains avec les taux les plus hauts. Les **jeunes restent les plus touchés**, en particulier les jeunes qui vivent dans des cités : en moyenne, ils sont beaucoup plus souvent d'origine modeste et disposent d'un niveau de diplôme inférieur comparativement aux autres jeunes (26,7% sans diplôme versus 11,5%). Sur le marché de l'emploi, les jeunes issus des quartiers difficiles souffrent d'abord de leurs origines sociales et de la qualité du système d'enseignement local et moins d'une stigmatisation liée au quartier.

- Plus du **quart des logements à Paris et en Seine-Saint-Denis sont surpeuplés**. Le surpeuplement concerne 19,5% des logements en Île-de-France versus 6,5% en province en 2013. Les couples avec enfants et les familles monoparentales sont les plus touchés (respectivement 38,1% et 32,8%). Cette part de surpeuplement est stable depuis 2006. En 2013, 22% des ménages franciliens ont déclaré **avoir froid dans leur logement** comparé à 17,4% en 2006. Cet écart est plus important en petite couronne (23,7% versus 17,4%). Les deux causes du froid les plus souvent citées sont la mauvaise isolation et les installations de chauffage insuffisantes. Si la qualité des logements est globalement stable depuis 2006, deux défauts sont plus présents : **l'humidité et les infiltrations d'eau** (respectivement 21% et 4,6% en 2006 versus 25% et 6,6% en 2013).
- Les transports en commun (TC) constituent le **mode de transport** le plus utilisé par les Franciliens pour aller travailler (44 %) devant la voiture (43 %) en 2011. Les modes de transport « domicile-travail » sont très différents selon les territoires franciliens. Plus on s'éloigne du centre de l'agglomération parisienne, plus les choix du mode de transport se rapprochent de ceux de la province. La voiture est trois fois plus utilisée en petite couronne qu'à Paris (39 % contre 15 %). En Seine-Saint-Denis, les transports en commun sont un peu plus souvent utilisés (51 %) que dans le reste de la petite couronne, malgré leur déficit important. En 2014, le trafic des transports en commun franciliens augmente de façon significative (+ 2,5 %) grâce à une bonne dynamique du réseau de surface, en particulier des tramways. La fréquentation des RER, des bus de banlieue et plus particulièrement des bus parisiens repart à la hausse après une baisse en 2013. Le rebond dans les transports collectifs est dû notamment au renforcement du réseau de bus qui permet de desservir de nouveaux territoires et à la mise en place de mesures de dézouage pendant les week-ends et les vacances. Les déplacements à destination du travail pèsent fortement dans l'ensemble des déplacements des actifs : hors retour au domicile, ils représentent 52 % du temps passé à se déplacer un jour de semaine et 53 % des distances parcourues. La **tarification sociale des transports** qui permet sous condition de revenu la gratuité ou une réduction des titres de transport fait l'objet d'un non recours important (50% en moyenne), en particulier dans les communes les plus pauvres de Seine-Saint-Denis (supérieur à 90% pour les ménages les plus pauvres).

Les éléments qui ont infléchi la stratégie régionale de santé dans le domaine de la prévention et de la santé publique.

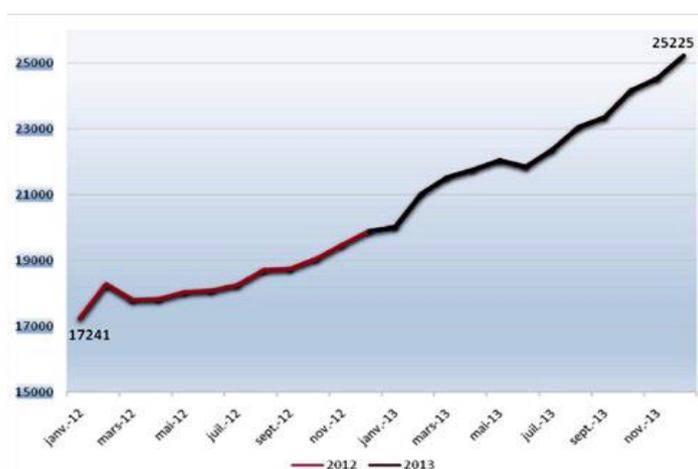
Au-delà de ces évolutions tendanciennes, plusieurs éléments plus spécifiques doivent être repérés, que l'on retrouvera souvent dans l'analyse de chacune des actions impactées.

Le renforcement des situations de précarité.

L'augmentation des situations de précarité extrême est la première des caractéristiques régionales qui impactent la politique de santé. Cette augmentation se traduit notamment dans le champ de l'absence de logement, révélateur d'une chaîne de décrochages successifs – même s'il convient de se rappeler que les personnes hébergées sont souvent issues de parcours de précarité extérieurs à la région, voire à la France.

Les données ci-après traduisent cette évolution.

Evolution des nuitées 2012-2013 (Nombre de personnes prises en charge)



*Source : Samu Social de Paris 2013

L'engagement de modifications urbaines, socio-urbaines, et politiques majeures à l'échelle métropolitaine.

La mise en place du Grand Paris, encore relativement conceptuelle au départ du PRS, a pris des formes plus concrètes depuis, interrogeant la santé publique selon plusieurs axes :

- Institutionnels : la mise en place de la métropole, l'émergence de nouveaux découpages territoriaux, mais aussi la confirmation de l'existence des départements y compris en petite couronne.
- Opérationnels : la création des CDT et la prise en compte par certains d'entre eux de la préoccupation santé tant en prévention qu'en offre de soins, puis la mise en place de nouveaux outils (opérations d'intérêt national, etc...).

Le renforcement de l'impact des violences internationales.

L'aggravation de la crise géopolitique et des conflits au Moyen-Orient notamment, mais aussi, même si de façon moins spectaculaire, en Europe de l'Est, ont généré des tragédies sanitaires sur place. Mais elles ont également eu un impact en région francilienne : massivement, en raison de l'arrivée de populations fuyant ces zones de violences, et, peut-être, même si de façon moins documentée, en fragilisant les personnes originaires de ces zones et déjà présentes dans la région.

La survenue d'évènements majeurs (accidents, attentats, etc...) ayant généré un besoin de réponse standardisée.

Des événements majeurs de nature, d'ampleur et de gestion très différentes, sont survenus durant le PRS. Le regroupement de ces événements peut sembler arbitraire ou abusif, mais ils ont cependant un point commun : ils ont interrogé la capacité du système sanitaire à faire face à des difficultés massives, brutales, et imprévues. Il s'agit d'évènements à caractère tragique : les attentats de Charlie Hebdo, de Vincennes, de Saint-Denis et du Bataclan, ainsi que l'accident de Brétigny. Il s'agit également d'un épisode de catastrophe naturelle (inondations de 2016) ou de pannes techniques majeures (panne d'électricité sur un grand centre hospitalier). Cette succession de situations de crise a contribué à ancrer dans la culture de santé publique la nécessité d'une organisation prévisionnelle désormais permanente et sans cesse en amélioration.

La survenue d'épidémies internationales à impact francilien.

Les deux épidémies de MERS Corova et d'Ebola, et désormais celle du virus ZIKA, ont également contribué à la conformation de la réponse en santé publique, en ré-interrogeant l'organisation du système de prise en charge des pathologies émergentes.

L'émergence de nouveaux modes de dépistage et de prévention médicalisée.

Dans le domaine des techniques de santé publique, plusieurs modifications sont intervenues : il s'agit de modifications dont la genèse et l'impact dépassent l'Île-de-France, mais pour lesquelles notre région est particulièrement concernée en raison de ses caractéristiques épidémiologiques.

D'une part, le dépistage des maladies infectieuses a quitté le champ exclusif de la pratique médicale pour inclure la pratique par des non professionnels de santé (TROD) puis l'auto dépistage dans le champ du VIH. Ce changement majeur – même si les effectifs actuellement concernés restent marginaux- signe peut-être d'importantes modifications dans les rôles respectifs des acteurs.

D'autre part, dans le domaine du VIH, l'émergence d'une prévention préexposition modifie également les soubassements de la culture de prévention acquise depuis plusieurs décennies, c'est-à-dire depuis l'émergence de l'épidémie de SIDA.

Les modifications dans les disponibilités de médicaments nouveaux (NARV), ou de vaccins (pénuries).

Enfin, deux mouvements d'apparences disjointes, voire contradictoires, sont à noter :

- D'une part l'émergence de nouveaux médicaments antiviraux dans le champ de l'hépatite C conduit les acteurs de santé publique de la région (en raison de la prévalence de cette pathologie) à discuter des enjeux conjoints d'éthique et de considérations médico-économiques ;
- D'autre part, la pénurie récurrente de plusieurs vaccins, souvent importants en santé publique, a fortement impacté la région depuis 2014.

Ces deux éléments rappellent que l'intervention en santé publique, tant en prévention qu'en gestion de risque, ne peut s'affranchir d'une réflexion sur les interfaces avec le monde du médicament et des produits de santé : cette interface doit se penser, notamment, à l'aune des inégalités sociales – qui jouent un rôle aussi bien pour l'accessibilité aux médicaments coûteux que pour l'accessibilité aux dispositifs de premier recours lorsque ceux-ci sont en difficultés. Ces deux sujets rappellent également que la réflexion francilienne s'intègre aussi dans une dimension nationale et internationale.

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉALISATIONS PAR ENJEU ET UNITÉ DE BILAN

1. Réduire les inégalités sociales et territoriales de sante

La réduction des inégalités de santé qui caractérisent la région est le fil conducteur de l'ensemble de ce bilan. Cependant, le SRP prévoyait la mise en exergue d'un certain nombre d'actions plus spécifiquement dédié ; Il s'agit soit d'actions à caractère structurant ou organisationnel, soit d'actions d'ampleur et portant sur des déterminants de santé. A ces actions sont adjoints ici deux programmes qui ne faisaient pas l'objet d'une explicitation dans le SRP : le programme « Grand Paris », qui s'est vu assigner dès le début une mission de veille sur les ISS, et le programme « migrants et réfugiés », qui vise le segment le plus extrême des inégalités.

Les travaux de M. Marmott ont mis en exergue des principes structurants de la lutte contre les ISS : intervention sur les déterminants, universalisme proportionné, participation des communautés sociales, intervention multiniveaux notamment. Ces principes sont à la base du SRP.

⇒ ***Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux au niveau régional par la coordination entre institutions, au niveau local par les mesures d'évaluation d'impact sur la santé et les CLS.***

- 1. Commission de coordination des politiques publiques**
- 2. Evaluation d'impact en santé**
- 3. Contrats locaux de santé**
- 4. Grand Paris**

⇒ ***Réduire les impacts de l'environnement sur la santé en luttant notamment contre l'habitat insalubre.***



5. Habitat insalubre

- ⇒ *Prendre en compte l'impact des migrations et faire face à de nouveaux enjeux dans la prise en charge des migrants.*

6. Accueil des réfugiés

- ⇒ *Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux au niveau régional par la coordination entre institutions, au niveau local par les mesures d'évaluation d'impact sur la santé et les CLS*



Commission de coordination des politiques publiques

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Une implication renforcée de la CCPP notamment sur le projet « santé des jeunes » devenu l'un de ses axes stratégiques.*
- *La signature de six conventions-cadre avec des partenaires institutionnels.*
- *La nécessité de repositionner la CCPP sur un niveau stratégique et politique.*

Le contexte

La Commission de Coordination des Politiques Publiques de la Prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile (CCPP) est une instance de concertation entre les contributeurs financiers de la prévention et de la promotion de la santé au niveau régional qui associe l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements, les organismes de sécurité sociale (décret du 31 Mars 2010). L'enjeu est de veiller à la cohérence et la complémentarité des stratégies institutionnelles.

Ce que prévoyait le PRS

Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux par une coordination avec les autres acteurs publics :

1. « Il revient à l'Agence de mettre en œuvre **une dynamique régionale** en développant une culture partagée de la promotion de la santé auprès des responsables des autres politiques publiques **à travers un levier tel que la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP)** ».
2. « L'ARS a pour objectif la **mise en place de cadres coopératifs institutionnalisés** garants de l'effectivité des partenariats. Elle dispose pour cela d'outils formels tels que **les conventions-cadre** ».



1. LA DYNAMIQUE REGIONALE : LA CCPP

Rappelons que la CCPP peut :

- décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du PRS ;
- favoriser sur cette base la complémentarité des actions qui sont financées par chacun de ses membres et déterminer des moyens éventuels de cofinancement ;
- définir les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers peuvent s'associer à l'ARS pour organiser des appels à projets destinés à sélectionner et à financer des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- faciliter le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation.

Ce qui a été réalisé

Des réunions régulières avec une répartition assez homogène des participants

La CCPP s'est réunie régulièrement mobilisant de manière assez constante 30 à 40 participants par séance, au rythme de 4 réunions par an. L'analyse de la représentation sur deux ans (base huit réunions en 2014/ 2015) montre une répartition assez homogène des participants :

- **Entre les « trois collègues** : Etat/collectivités territoriales/ Organismes de protection sociale.
- **Entre le niveau régional et le niveau départemental** : quatre à cinq représentants de départements sont présents à chaque réunion, en général plutôt issus de la petite couronne.
- **Les grandes institutions** (DRJSCS, Education Nationale, Assurance Maladie, Protection Judiciaire de la Jeunesse..) ont un niveau de représentation exclusivement régional, qui s'appuie en général sur un référent «parisien» (commodité en termes de mobilisation et de déplacements, centralisme ?).
- **Les PMI ne sont pas présentes de manière continue**, leur participation varie en fonction des thèmes de réunions. Elle est par exemple forte quand on aborde les questions de vaccinations.



- **Les communes titulaires sont sous-représentées** par rapport aux institutions régionales et peu présentes aux réunions. Par contre, elles sont représentées par l'AMIF (Association des maires de l'Île de France) de manière très continue.

Une production diversifiée

La CCPP produit de :

- **L'information partagée sur les priorités et problématiques régionales et sur les programmes clés de l'Agence** qui font l'objet de présentations en CCPP suivies d'échanges. Exemple de thèmes des séances: le PRAPS, la santé des jeunes, le PRSE 2, les CLS, les CLSM, la réforme des CEGGID, la vaccination, la politique IST/VIH, le thème de la nutrition, le bilan de la programmation en prévention chaque année et le Guide de l'Appel à Projets....
- **La coordination des acteurs sur des sujets nécessitant une approche partagée.** Sur la question de pénurie de vaccins (2016), la CCPP a joué un rôle de relais actif des inquiétudes des acteurs, elle a permis de mettre en place rapidement un groupe d'échanges et de travail ad hoc . Ses membres se sont inscrits dans une logique de veille par rapport à la situation et de plaidoyer vis-à-vis des laboratoires (organisation d'une réunion avec la DGS).

Mais elle peut également être coproductrice de travaux :

Les partenaires de la CCPP se sont impliqués dans **deux grands chantiers** à propos desquels on peut parler d'une contribution et d'une valeur ajoutée concrète apportée par la CCPP.

A/ CONTRIBUTION A LA DECLINAISON DU PRS ET SRP

En 2011, des groupes de travail ont été mis en place avec les PMI pour travailler sur un bilan et sur des orientations stratégiques dans le champ de la santé maternelle et infantile en vue de la rédaction du SRP 2011.

En 2012, des groupes de travail ont été développés pour l'élaboration du PRS et du SRP (priorités et modalités).

LA CCPP a été ensuite impliquée sur la déclinaison du Schéma Régional de Prévention et a été sollicitée pour intervenir sur des programmes inter-institutions, notamment avec la mise en place d'un tableau des missions en Prévention et Promotion de la Santé sur des thèmes clés sur lesquels les acteurs se sont mobilisés par thématiques :

- Femmes enceintes et vulnérables,



- Santé globale des jeunes, Santé mentale (DRJSCS, Communes, Education Nationale, DIRECCTE, Médecine du travail),
- Couverture vaccinale (EN/ Conseils départementaux),
- Habitats indignes (CAF, DRIHL, ANAH, PMI, Education Nationale, DIRECCTE, Assurance Maladie).

B/ LE PROJET SANTE DES JEUNES (2013/2014)

C'est un chantier, retenu par la CCPP comme thème de travail «rassembleur» sur lequel elle a été dans une posture d'initiative et s'est investie avec une forte dynamique de participation et une logique de co-production inter-institutions.

Le chantier a permis de partager des données entre institutions :

- Eléments de connaissance sur les champs de compétences respectives des institutions, acteurs;
- Diagnostic partagé : sur l'offre, les besoins des jeunes, les actions engagées ;
- Bonnes pratiques et actions jugées pertinentes pour une mise en commun.

Un Programme partagé «Santé pour les jeunes» a été élaboré, un comité de pilotage a été mis en place.

Une quinzaine d'acteurs de la CCPP [l'Assurance Maladie, la CRAMIF, la DRJSCS/DDCS, l'Education Nationale, la Mutualité Française, des conseils départementaux (77-91-93), la DASES, la PJJ, des villes (Nanterre, Versailles), la MGEN, et la Mutuelle des Etudiants (LMDE). Ils ont également mis à contribution leurs experts] **ont été mobilisés pendant un an sur des groupes de travail** portant sur deux tranches d'âge – 6/12 ans et 12/25 ans - avec pour objectif d'élaborer des fiches - actions :

- Hygiène de vie/ nutrition,
- Vie affective et sexuelle,
- Santé mentale/ développement des compétences psycho sociales
- Risques addictions,
- Accès aux droits/ à la santé,



- Repérage des Troubles spécifiques des apprentissages,
- Impact du cadre de vie et de l'environnement sur la santé.

Les interventions notables en 2015/2016 :

- **Mise en place d'une Mission Observation de la santé des jeunes** : un tableau de bord est en cours de constitution par l'ORS sur la base d'indicateurs de niveaux : régional, départemental, voire infra-territorial dans certains cas. L'objectif est de réunir et de partager une base commune de données sur la santé des jeunes à partir de laquelle développer des diagnostics partagés et pouvoir mieux piloter des actions.
- **Engagement dans une expérimentation territoriale avant mise en œuvre régionale : le chantier « accès aux droits et à la santé des jeunes en Missions locales »** a fait l'objet d'un partenariat avec l'Assurance Maladie (CNAMTS/ MSA/ CRAMIF). Inscrit dans un territoire marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé : la Seine- St-Denis, ce projet implique la Délégation Départementale de Seine-Saint-Denis, le Conseil départemental, l'ARML (Association régionale des Missions locales), la DIRECCTE et l'Assurance Maladie.

A partir de la formalisation d'un parcours « accès au droit et à la santé des jeunes » en expérimentation en Seine-Saint-Denis, le déploiement régional de ce parcours est prévu en 2017/2018 dans le cadre du dispositif « Garantie Jeunes » soutenu au plan Gouvernemental, qui concerne les jeunes les plus en difficultés, accueillis en Missions locales.

Le déploiement régional va être co-piloté avec l'Assurance Maladie (dans toutes ses composantes) en lien avec la mise en place du Projet National Santé des Jeunes de l'Assurance Maladie, dans le cadre d'un comité de pilotage régional d'accès aux droits et à la santé des jeunes.

Bilan et Perspectives

Concernant le fonctionnement on constate que :

- Les élus et décideurs sont les représentants officiels, mandatés à la CCPP par leurs institutions, mais ils ne sont que rarement présents. Ils délèguent leurs représentations à des responsables/experts techniques, avec lesquels les équipes de l'ARS travaillent de manière assez courante. De ce fait, les réunions deviennent davantage un moment d'information et d'échanges, de partage sur des grands dossiers régionaux qu'un lieu où se prennent des décisions.
- La CCPP a fonctionné moins dans le cadre d'une approche globale qui pourrait être la coordination des programmes, des financements, l'évaluation que sur des thématiques précises.
- Ses membres ont été assez peu dans l'impulsion de contenu de travaux (mis à part le thème de la santé des jeunes), de sujets de discussions en séances,
- L'ARS a été davantage dans la position de l'organisateur des séances (fixation de l'ordre du jour, des sujets de discussion).
- Il est à noter que la CCPP ne s'est jamais tenue dans un autre lieu que l'ARS et donc ne s'est jamais rapprochée des acteurs qui ne viennent pas facilement dans ce type d'instance, notamment ceux de la Grande couronne francilienne.

Concernant la production :

- Il y a eu une forte dynamique autour de grands projets/thèmes comme le Projet Régional de Santé, le projet « Santé pour les jeunes », mais sans qu'on ait pu identifier depuis, de chantiers qui puissent prendre le relais.
- La CCPP n'a pas été plus loin dans l'analyse partagée des modalités de financements, un levier d'intervention qui fait partie de ses missions et sur lequel des avancées pouvaient être attendues.
- A la différence d'autres régions, elle n'a pas développé non plus d'appels à projet communs entre deux ou plusieurs acteurs.

Analyse des freins et leviers

D'une manière générale, le fonctionnement des Commissions de coordination des politiques publiques des ARS est jugé comme n'apportant pas les résultats escomptés (rapport de la Cour des comptes). La CCPP en Île-de-France n'échappe pas à cette appréciation en demi-teinte.

Les freins

- **La CCPP n'a pas un statut de partenaire référent comme peut l'être la CRSA.**
- **Le niveau de représentation des institutions (plutôt technique que politique) dans la CCPP positionne moins la CCPP comme décideur que comme acteur et relais.** Comme évoqué plus haut, la CCPP n'est pas le lieu où des décisions sont prises. Par contre, du fait de la forte représentation des services techniques et ce, de manière assez assidue, les réunions permettent la remontée de certains problèmes, et des besoins facilitant pour la rétroaction de l'ARS (montage d'un groupe de travail, sollicitation de la DGS).

Il y a vraisemblablement une stratégie différenciée à développer vis-à-vis de ces deux niveaux de représentations politiques et techniques avec des modalités d'implication différentes à envisager vis-à-vis des partenaires de l'ARS.

Le produit de l'intervention de la CCPP reste donc à consolider, à positionner (veille sur certains sujets, coordination des programmes, plaidoyer, co production, ..) et à valoriser.

Les leviers

La dynamique du chantier partagé quand il est consensuel (ex : la santé des jeunes), est un bon moyen de produire du « faire ensemble » sur la base de constats/ diagnostics partagés. Mais, il nécessite une mobilisation des membres de la CCPP, sur une certaine durée.

Des questionnements sur le positionnement et le niveau d'intervention de la CCPP :

- **Faut-il territorialiser davantage la CCPP en faisant intervenir davantage d'acteurs locaux afin d'éviter qu'elle ne fonctionne « hors sol » ?** Revivifier l'approche et réfléchir aux articulations au niveau de ces travaux avec celles d'autres comités, commissions ARS : CLS, les quartiers politiques de la ville, le Grand Paris ?
- **Faut-il au contraire faire de la CCP une plateforme régionale entre grands acteurs qui se concertent sur les financements et travailler sur l'articulation et la mise en réseau**



des acteurs autour des institutions régionales présentes sur le terrain via leurs directions départementales, autour des collectivités territoriales en s'appuyant sur le déploiement des Comités Départementaux de Prévention (CDP) qu'essaie de développer l'ARS ?

Perspectives

- **Se poser la question de l'apport de la concertation en CCPP** : que veut-on faire évoluer, débloquer, développer dans le prochain PRS ? Quels sont les enjeux à 5/10 ans, les marges de manœuvre, qu'est-ce qu'apporte le faire ensemble ? Sur quoi le concentrer ? Jusqu'où ? (co construction, co financement...)

Des chantiers structurants à mener en parallèle :

- **Développer un système d'information permettant de disposer de données concernant les actions** par populations, thématiques, leur financement /cofinancement, leur évaluation afin de progresser dans une vision partagée.

Ce qui pourrait être développé : la territorialisation des actions via les Comités Départementaux de Prévention (CDP)

Il a été décidé par l'Agence de proposer la création de **Comités Départementaux de Prévention (CDP)** à ses partenaires afin de s'inscrire dans les dynamiques territoriales, et de développer des approches concertées au plus près des besoins.

Le CDP est une instance stratégique de coordination qui vise à :

- développer une information partagée sur les actions de promotion menées par chacun des membres, et sur leurs financements,
- décliner collectivement des priorités d'actions de prévention et de promotion de la santé, dans le cadre des orientations dans lesquelles chacun des membres se situe (Exemple : schémas départementaux, PRS, orientations CNAMTS).
- partager une analyse commune sur la base des diagnostics territoriaux notamment ceux des CLS.

Il intervient en complémentarité des conférences de territoires dont la vocation est la représentation des acteurs locaux de santé.



La constitution des CDP

Les CDP sont mis en place et réunis par les Délégations Départementales ARS. L'Assurance Maladie et le Conseil Départemental constituent le socle de départ pour la constitution des CDP en général. Les grands partenaires présents à la CCPP y seront représentés : Education Nationale, PJJ....

Les mises en place de CDP

Quatre Comités Départementaux/Commissions Départementales ont été mis en place dans le 93, en 2015. Dans les départements 77, 92 et le 95 des commissions départementales se réunissent régulièrement sur le même modèle que le CDP mais sans reprendre ce nom.

Exemple de réalisations :

Le Comité Départemental de prévention de Seine-Saint-Denis a été constitué autour de la Caisse primaire d'assurance Maladie, du Conseil Départemental et de la Délégation Territoriale ARS s'appuyant sur un contexte local marqué par un réel dynamisme contractuel dans le domaine des politiques de santé publique : la signature de 23 Contrats locaux de santé. Il se réunit tous les 3 mois.

Thèmes abordés : les ASR, la politique vaccinale, la santé des jeunes en lien avec le chantier Santé des jeunes piloté en CCPP et les expérimentations sur des sites pilotes au sein des Missions Locales.



2. LA MISE EN PLACE DES CADRES COOPERATIFS INSTITUTIONNALISES : LES CONVENTIONS CADRES

Ce qui a été réalisé

Pendant les premières années de la création de l'ARS (2010/2013), six institutions ont signé avec l'ARS des Conventions Cadres s'appuyant sur le partage d'objectifs, de principes d'interventions communs. Il s'agit de la DRJSCS, la DRIHL, la DIRECCTE, le PRIF, l'Education Nationale et de la DIR Protection judiciaire de la jeunesse Ile de France/ Outremer.

Analyse des freins et leviers

Ces conventions sont assez ambitieuses dans leur contenu. Leur préparation a mobilisé beaucoup d'énergie au niveau de leur conception (un travail de plusieurs mois, voire un an de réunions). Mais, conçues au niveau régional, elles ont du mal à se mettre en place au niveau des territoires et à s'inscrire dans la durée.

Bilan et Perspectives

L'expérience de cette première génération de convention-cadres a conduit, pour celles qui viennent d'être renouvelées en 2016 avec l'Education Nationale et la Protection Judiciaire de la Jeunesse, à s'inscrire dans une approche différente se limitant à quelques fondements et s'inscrivant dès le départ dans un principe de territorialisation des actions. Ex : pour l'Education Nationale, trois Académies sont concernées (Versailles, Paris, Créteil) avec pour objectif : la conception et la mise en place de programmes d'actions différenciés par Académie.

Le principe retenu pour élaborer ces programmes, a été de partir des dynamiques locales, des besoins d'appui, mais aussi de l'envie et des capacités d'implication des acteurs sur le terrain autant au niveau des Délégations Départementales-ARS que des Académies, dans une approche davantage «bottom up » que « top down».

Focus – Avis des membres de la CCPP

Le bilan du Schéma régional de prévention a été présenté en séance plénière et un point particulier a été fait sur les travaux réalisés par la CCPP entre 2011 et 2016.

Les membres de la commission de coordination des politiques publiques ont précisé que le bilan présenté, reflétait bien la réalité de leur fonctionnement : Faible présence des décideurs ; Lieu de rencontre et d'échange des représentants des institutions plutôt techniques mais qui pour eux à son intérêt ; Des réunions avec des échanges riches qui permettent d'aborder de multiples sujets de santé publique dans une approche très transversale.

Des propositions ont été soumises :

- ⇒ *Un mode de fonctionnement à deux niveaux :*
 - *Des groupes de travail technique qui approfondissent différentes thématiques et qui présentent leurs travaux en groupe plénier ;*
 - *Des rendez-vous de décideurs qui fixent les grands cadres d'intervention.*



Evaluation d'impact sur la santé¹

Faits marquants, à l'issue du PRS

- Une démarche désormais en voie de large implantation.
- Une expérience (Plaine Commune) qui emporte la conviction, y compris sur des sujets collatéraux non initialement prévus.
- De nombreux acteurs de l'aménagement urbains mobilisés.
- Un déficit de praticiens de l'EIS formés et expérimentés.
- Un besoin d'implantation de la démarche dans d'autres champs que l'aménagement.
- Un besoin d'outils méthodologiques rigoureux mais simplifiés.

Le contexte

Les facteurs qui déterminent l'état de santé d'une population se situent essentiellement à l'extérieur du système en charge de promouvoir, protéger ou rétablir la santé. Parmi ceux-ci, on peut citer : le revenu, l'éducation, l'emploi, les environnements physiques et sociaux, le transport, le logement, l'aménagement urbain etc. ; autant de déterminants disséminés et captifs d'autres politiques.

Pour agir sur ces déterminants et favoriser la mise en place de politiques en faveur de la santé, l'Agence s'est attachée à développer l'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) qui permet de responsabiliser les décideurs sur l'impact de leurs politiques ou programmes sur la santé. L'EIS est une démarche de santé publique d'aide à la décision dont l'objectif est d'améliorer les politiques, programmes et projets, idéalement avant leur mise en œuvre, afin de maximiser les gains santé et réduire les inégalités de santé. Elle étudie les impacts du projet de concert avec les parties prenantes et propose des recommandations pour l'optimiser. Largement utilisée dans les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Etats-Unis, Australie, Canada...) et en Suisse depuis la fin des années 90, la démarche est nouvellement implantée en France. Elle a été définie par le consensus de Göteborg (OMS, 1999) et repose sur un certain nombre de principes et de valeurs : la démocratie, l'équité, le développement durable et l'utilisation éthique des connaissances.

¹ Dernière mise à jour: septembre 2016

L'Agence a choisi d'implanter la démarche dans la région comme contribution à la réduction des inégalités de santé.

Ce que prévoyait le PRS

Dans ce contexte, sa stratégie a consisté à :

1. **Plaider pour l'inclusion de l'EIS au sein d'accords existants ou à venir tels que les contrats locaux de santé**, contrats de développement territorial, protocoles d'accord, le plan régional santé environnement (PRSE) ;
2. **Saisir toutes opportunités situées dans le champ de l'aménagement urbain** pour encourager l'adoption de la démarche notamment dans la mission Grand Paris à seules fins 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 » (PSRS).

Ce qui a été réalisé

Les actions qui ont découlé de sa stratégie ont été principalement : la mise en œuvre d'une **expérimentation grandeur nature sur un projet d'envergure**, à savoir une EIS transport à Plaine Commune (Seine-Saint-Denis), et la conception d'un **dispositif de sensibilisation et de développement des compétences**.

Deux études de faisabilité d'EIS sur des déterminants clés de la santé : éducation et logement ont été mise en œuvre sur un territoire défavorisé, la Seine-Saint-Denis.

Ces EIS ont été inscrites dans des contrats locaux de santé, Epinay pour une politique éducative et Saint-Denis pour la rénovation de l'habitat ancien dégradé.

EIS TRANSPORT PLAINE COMMUNE

Cette EIS a été commanditée par Plaine Commune (93) et l'ARS, et elle est soutenue financièrement par l'INPES. L'ORS ÎLE-DE-FRANCE a participé à l'étude d'évaluation, le groupe IMPACT de Liverpool a assuré un appui méthodologique tout au long du processus. L'ARS a été le pilote et a participé à l'étude d'évaluation. L'EIS s'est déroulée sur dix-huit mois. Trois projets de transport ont été étudiés, dont une gare du Grand Paris Express. Vingt institutions ont été concernées par cette EIS : onze institutions porteuses de la démarche et onze institutions membres du Comité de pilotage. Le projet a concerné 400 000 personnes sur le territoire sans compter les personnes en transit ou en navette domicile /travail.



Plus de cent personnes des villes de Saint-Denis, Stains et Villetaneuse ont été impliquées dans le processus de participation citoyenne.

Analyse des effets :

Les objectifs spécifiques ont été atteints : une collectivité importante a été convaincue de participer à une EIS, de même que des transporteurs (SGP, STIF, RATP, SNCF), et un projet d'envergure a été évalué. Cette EIS a produit plus de 90 recommandations dans plusieurs grands domaines : organisation des transports, information aux usagers, aménagement des espaces gare et espaces publics dans les quartiers de gare, accès à l'emploi et aux services, sécurité, stratégies immobilières, etc.

L'organisation d'une participation citoyenne allant jusqu'à un début d'empowerment des habitants a pu être réalisée.

Cette EIS a fait l'objet d'une restitution publique en présence des habitants et de nombreuses communications publiques et scientifiques ont été effectuées en région, sur le territoire national et hors hexagone. Des demandes de soutien à des EIS en France ou à l'étranger témoignent de son retentissement.

Plusieurs publications sont disponibles dont le rapport complet de 329 pages, une synthèse en français et en anglais de 63 pages ainsi qu'un document retour d'expérience édité par l'INPES de 11 pages.

Cette première EIS a permis de partager une vision large de la santé avec les parties prenantes en démontrant les liens entre transport et santé, et en les éclairant sur les impacts du projet sur les déterminants de la santé et leurs effets distincts sur les groupes les plus vulnérables du territoire.

En termes de retombées pour le travail en intersectorialité, on note un rapprochement entre la santé et le secteur des transports avec les acteurs de premier plan comme la SGP ou le STIF qui donne lieu à des mises en avant d'initiatives de l'Agence et des productions communes comme par exemple : un guide santé et Grand Paris Express, dans le cadre de la mission Grand Paris.

De même, les nouvelles collaborations étroites qui se font jour avec des agences nationales : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU) sur des problématiques d'aménagement, d'environnement et de santé urbaine résultent du travail sur l'EIS initiale et de ses ramifications.



L'analyse de la prise en compte des recommandations de l'EIS par les parties prenantes est en cours de réalisation.

Prise en compte des ISTS

La prise en compte des inégalités de santé s'est effectuée tout au long de la démarche. Elle repose principalement sur l'identification d'impacts différentiels dans différents groupes de la population et par l'organisation d'une participation des habitants éloignés de la parole publique et fragilisés relativement à l'utilisation des transports.

Les recommandations à l'intention des décideurs ont été pour partie co-construites avec les habitants et un processus d'empowerment a été initié (échanges avec les décideurs en séance publique, écriture d'un-4-pages comme outil de mobilisation). L'effectivité de l'EIS sur la réduction des inégalités dépend de la modification des projets par les décideurs tenant compte des recommandations. Une publication scientifique sur ce point précis a été réalisée en juin 2016 (BEH 16-17, juin 2016, p.313-319).

Les leviers

Une volonté politique de l'ARS et l'engagement de la collectivité ont été essentiels dans l'EIS. Un soutien financier important et une action de promotion de l'EIS par l'INPES ont permis un accompagnement méthodologique international et un début de développement de compétences en France.

UN PLAN DE FORMATION POUR UNE MONTEE EN COMPETENCES

Une dissémination de la démarche EIS a été organisée par l'Agence et effectuée par le Groupe IMPACT de Liverpool (UK), répondant à une demande de l'INPES. Elle s'est tenue parallèlement à la conduite de l'EIS Plaine Commune.

S'appuyant sur un réseau d'acteurs sensibilisés aux déterminants de la santé (association politique, coordonnateur atelier santé ville, IREPS, écoles et université de santé publique et santé environnement), l'Agence a validé un plan de formation composé de trois axes et visant trois types de publics: sensibilisation à l'EIS pour les décideurs, acquisition des fondamentaux de l'EIS pour des personnels ARS et de collectivités et acteurs de l'urbanisme et maîtrise et conduite d'une EIS pour les futurs évaluateurs ou animateurs de comité de pilotage EIS.



Soixante personnes ont été sensibilisées dont une vingtaine ont reçu une formation complète à la conduite d'EIS durant l'automne 2013.

Analyse des effets

Cet objectif n'était pas prévu au départ, il résulte du partenariat avec l'INPES pour le soutien de l'EIS. Au total, une dizaine d'EIS ont pu émerger dans l'hexagone entre 2014 et 2015, suite aux actions de formation et de sensibilisation organisées par l'Agence.

Prise en compte des ISTS

La formation a été dispensée le groupe IMPACT, Université de Liverpool, dont le fondateur Alex Scott-Samuel, est un expert des questions d'inégalités sociales de santé (ISS) et leur approche de l'EIS est centrée sur les ISS.

Freins et leviers

La formation n'est pas le rôle de l'ARS, mais celle de l'EHESP ou autres universités. Cependant, dans le cadre de la pénurie d'évaluateurs formés et expérimentés déjà identifiée en Île-de-France et le besoin ira croissant avec l'émergence d'EIS issues de partenariats en cours, l'ARS doit mobiliser ces acteurs nationaux.

LA PLATEFORME D'APPUI METHODOLOGIQUE EIS ET LES ACTIONS DE PLAIDOYER ET DE SENSIBILISATION A L'EIS

Suite à ces actions autour de l'EIS initiale et les formations, l'Agence s'est recentrée sur sa mission d'impulsion de politiques favorables à la santé et de soutien à l'EIS, en concevant une plateforme d'appui méthodologique composée à la fois d'ateliers de sensibilisation à l'EIS et de mise à disposition d'informations en ligne.

Résultats

Des difficultés dans la réalisation de la plateforme web et donc dans la mise à disposition en ligne d'informations sur l'EIS ont conduit la direction de la santé publique à poursuivre des actions de plaidoyer. Ces dernières menées par le biais de plusieurs équipes (EIS, Mission Grand Paris, équipe CLS etc.) ont produit des effets démultipliateurs.

Parmi les actions phares, on peut citer celle menée auprès de l'Etablissement Public d'Aménagement Seine Arche La Défense (qui a conduit à se rapprocher du financeur



potentiel de leur EIS : l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie) et celle menée auprès de l'ANRU (Agence nationale pour la rénovation urbaine).

➤ **Dispositif Agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie - ADEME-ARS**

Impliqué sur le projet urbain des Groues dans le cadre de sa démarche « approche environnementale de l'urbanisme », et d'un projet d'économie circulaire, l'ADEME Île-de-France a manifesté son intérêt pour l'aspect global de la démarche EIS. Ainsi, elle a souhaité rencontrer l'Agence afin de mettre en synergie des actions en direction des collectivités pour promouvoir un aménagement favorable à la santé.

Dans ce cadre, un dispositif, sous la forme d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) intitulé « santé, environnement et aménagement durable » a été mis en place conjointement, en février 2016.

L'AMI vise à sensibiliser les porteurs de projets à l'intégration de la problématique santé dans la conception de leur projet d'aménagement ; constituer une communauté de travail francilienne s'intéressant aux impacts sur la santé des projets d'aménagement associant universitaires, collectivités, aménageurs, promoteurs, experts ARS, ADEME ; expérimenter de nouvelles démarches de conception urbaine prenant en compte l'ensemble des facteurs liés à la santé.

En pratique, l'AMI comporte deux phases, l'une d'appui méthodologique et l'autre de soutien financier. La phase méthodologique propose des ateliers de sensibilisations regroupant les thématiques phares des deux agences (EIS, urbanisme favorable à la santé, approche environnementale de l'urbanisme etc.) ; des ateliers d'échanges et de retours d'expérience entre les lauréats et les experts de l'ADEME et l'ARS ainsi que des visites pédagogiques de terrain. La seconde phase est réservée aux porteurs de projets d'EIS ou de démarches de concertation innovantes, lesquels reçoivent un soutien financier de l'ADEME.

➤ **Protocole Agence Nationale de la rénovation urbaine ANRU-ARS**

La convention de partenariat en cours de signature entre l'ANRU et l'ARS a pour origine des actions de plaidoyer de l'Agence régionale de santé auprès de l'ANRU afin de l'encourager à relayer les enjeux de santé publique et d'inégalités sociales de santé dans les démarches de renouvellement urbain.



Dans ce cadre, le programme de travail vise à partager des données probantes, des outils d'aide à la décision pour la construction de projets urbains favorables à la santé. Il s'articule notamment autour de la diffusion de démarches exemplaires incluant l'EIS au cours d'événements organisés par chacune des parties prenantes (forum ARS, journée spéciale ANRU, atelier de sensibilisation...), de cycles de formation EIS et d'ateliers de capitalisation sur les projets inédits de prise en compte de la santé environnementale en Île-de-France et dans l'hexagone.

Analyse des freins et leviers

Les leviers

- **Participation**

La volonté affichée et mise en œuvre par l'Agence d'appliquer les principes de l'EIS en ce qui concerne la participation citoyenne et la recherche d'équité sont des valeurs auxquelles demeurent sensibles la plupart des acteurs, prospects EIS puisqu'elles rejoignent leurs préoccupations.

- **Transversalité**

Le travail en transversal effectué par différentes équipes du pôle «Besoins, réductions des inégalités et territoires» notamment : direction, équipe EIS, CLS, mission Grand Paris, santé environnement et inégalités a permis de varier les portes d'entrée vers l'EIS et a facilité l'émergence des différents accords autour de la démarche.

Les freins

- **Mauvaise évaluation des besoins d'outil en ligne performants**

La plateforme d'appui méthodologique en EIS de l'ARS ÎLE-DE-FRANCE prévoyait la mise en ligne d'un mini site web sous la forme d'un blog. Le projet a pris du retard du fait des contraintes internes. Ce projet doit être encouragé, car il a pour vocation ultime de faire mûrir le projet d'un futur site EIS, avec une application vivante et dynamique d'un coût limité. De plus, la demande de ressources en EIS ira crescendo en Île-de-France du fait de l'accroissement des demandes de conduites d'EIS sur la région et sur le territoire national.

Perspectives

- **Partage du pouvoir**

Si les décideurs sont aujourd'hui sensibilisés à l'importance de l'avis de la population sur les sujets qui les concernent, il n'en demeure pas moins qu'ils peuvent être réticents au partage du pouvoir notamment avec des groupes de citoyens éloignés de la parole publique.

- **Plaidoyer fort : EIS en compétition avec d'autres études**

Le plaidoyer auprès des collectivités et des décideurs de différents secteurs reste le plus grand défi. La phase de plaidoyer peut être longue et comporter des challenges notamment sur le questionnement de l'intérêt de la démarche EIS du fait de la multiplication des études dans le cadre de l'aménagement, y compris d'impact : environnemental, stratégique, etc. pour la planification, qui entrent ainsi en compétition avec l'EIS.

La complexité de mise en œuvre d'une EIS : plaidoyer long, méthodologie complexe, réunions des parties prenantes et le choix systématique d'EIS intermédiaires de durée moyenne de six mois, sont des facteurs limitant l'adoption de la démarche.

- **Formation d'évaluateurs**

L'Agence doit être en mesure de proposer une liste d'évaluateurs formés et disponibles et doit, pour cela, collaborer avec des institutions de formation capables de proposer des cursus complets selon les bonnes pratiques de l'EIS.

Réorientations envisagées

- **Mise en place d'EIS rapides**

L'expérimentation et le développement de méthodologie d'EIS rapides qui se déroulent sur un temps court (de quelques semaines à trois mois maximum), notamment sur les thématiques largement abordées en EIS comme l'aménagement, le logement est essentiel, pour diffuser la démarche et favoriser son acceptabilité.

- **Diversifier les thématiques d'EIS afin d'aborder les déterminants jugés essentiels pour la santé**

Il est opportun de mener des EIS sur d'autres politiques publiques que celles de l'aménagement et de l'urbanisme, telles que la politique éducative, l'emploi, la formation, les mesures fiscales etc. qui impactent fortement des déterminants clés et sont génératrices d'inégalités.

Enfin, il peut être intéressant d'explorer une EIS spécifique, l'Évaluation d'Impact sur la santé *mentale*, car cette thématique est prégnante en Île-de-France.

Autre

- **Implication de l'ARS dans les recommandations**

Au-delà du processus évaluatif théorique de la démarche, on peut se demander quelles ressources l'ARS ÎLE-DE-FRANCE devraient mobiliser pour faire « vivre » les recommandations du rapport qui la concernent en premier chef car il lui importe de donner l'exemple.

Elle pourrait agir plus directement sur certaines recommandations clés (celles qui ont des impacts sur les ISTS) en collaborant avec les acteurs concernés, et en choisissant de financer ou mettre en œuvre conjointement une ou deux grandes recommandations. Celles-ci pourraient être intégrées au cœur d'un CLS et être animées par les délégations Départementales concernées



Contrats locaux de santé

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *La constitution d'une géographie prioritaire des besoins et une intervention de l'Agence centrée sur les territoires les plus déficitaires.*
- *Des impacts sur la politique de santé (financements, engagement de la CPAM) et l'articulation d'autres politiques publiques (DRIHL, Politique de la Ville...).*
- *Une appropriation progressive au niveau local des stratégies et actions efficaces pour lutter contre les ISTS.*
- *Un dispositif évalué.*
- *L'insuffisance de la participation des habitants et de celle des professionnels.*

Le contexte

Si les indicateurs de santé sont globalement favorables en Île-de-France, la région est cependant marquée par de fortes inégalités (écarts d'espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, répartition inégale de l'offre de soins et de prévention selon les territoires...).

L'article L.1434-10 du Code de la santé publique offre la possibilité aux ARS de conclure des contrats locaux de santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Convaincu de l'intérêt de cet outil pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et développer la transversalité interne au champ sanitaire et externe (en lien avec les autres politiques publiques), l'ARS Île-de-France s'est engagée de manière volontariste dans la signature de CLS. 65 CLS ont été signés à ce jour.

L'ARS a mis en place un dispositif d'appui stratégique et technique au niveau régional et départemental pour faciliter le déploiement des CLS et accompagner au mieux leur mise en œuvre au niveau local. Il a vocation à assurer le portage politique de la démarche, la mobilisation de leviers des autres politiques publiques, la définition d'un cadre politique opposable et le soutien méthodologique des acteurs (élaboration d'outils, mutualisation des pratiques...).

Au niveau régional, le pilotage est structuré autour de deux instances de travail :

- un comité de pilotage, instance d'arbitrage qui définit les orientations stratégiques de la politique d'appui et de déploiement des CLS de la région
- un comité technique, instance dédiée aux débats d'ordre technique, axée sur le contenu, les aspects méthodologiques et le soutien au pilotage local.

Pour garantir une démarche décloisonnée en interne comme en externe, chacune de ces instances réunit d'une part, des représentants de l'ARS (Directions métier et délégations Départementales) et des partenaires extérieurs, issus du champ sanitaire et d'autres politiques publiques pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : DRIHL, DRJSCS, CPAM...

Au niveau départemental, le travail d'accompagnement se fait de manière bilatérale avec les territoires mais également, dans certains départements, dans le cadre d'instances dédiées :

- des groupes départementaux CLS/ASV avec pour objectif de soutenir les coordinateurs dans leurs missions, de favoriser la mutualisation des expériences et savoir-faire, de renforcer les pratiques professionnelles sur les questions de gouvernance et de contenus (approches thématiques et/ou populationnelles)
- et parfois des comités de partenaires départementaux (acteurs institutionnels et associatifs) : visant la mobilisation de leviers d'actions à l'échelle départementale pour faciliter la mise en œuvre du CLS au niveau local, et conforter l'approche intersectorielle de la démarche.

Ce que prévoyait le PRS

Objectifs de Référence : 3.1. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé/3.1.1 Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux par une coordination avec les autres acteurs publics



Pour répondre aux enjeux du SRP, une stratégie à deux niveaux a été développée :

Au niveau régional : mise en place d'une stratégie de réduction des écarts entre les territoires ciblés comme prioritaires et la moyenne régionale à travers l'apport des réponses renforcées sur les territoires présentant les indicateurs socio-sanitaires les plus dégradés (*en articulation avec la Politique de la Ville pour les territoires urbains*)

A l'échelon local : construction de parcours de santé incluant prévention et déterminants sociaux environnementaux adaptés aux enjeux de chacun et développement de la démocratie sanitaire et participative.

La stratégie retenue est donc fondée sur deux principes majeurs : le ciblage des territoires prioritaires et la mise œuvre d'une approche « transversale » permettant de mobiliser les leviers de l'agence et des autres acteurs du champ sanitaire et d'activer des leviers des politiques publiques impactant favorablement la santé.

Ce qui a été réalisé

La présentation des réalisations est structurée autour de deux grandes parties : les actions liées au déploiement des CLS sur les territoires prioritaires de la région et les actions d'accompagnement de l'Agence mises en place pour donner un contenu au dispositif et faire en sorte qu'il remplisse au mieux sa fonction stratégique.

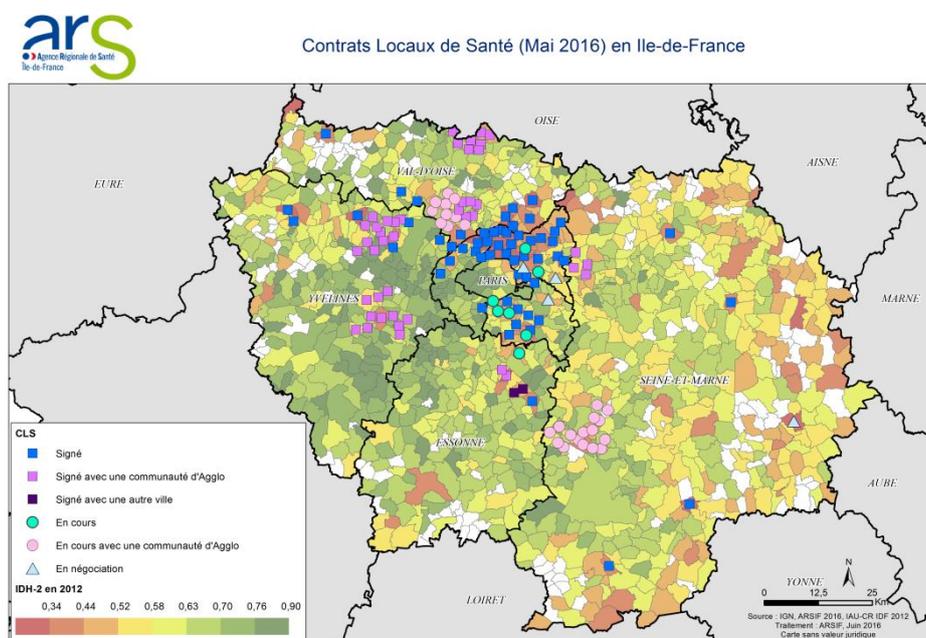
1. Vers la construction d'une géographie formalisée des besoins prioritaires

Les premiers CLS ont été conclus fin 2011. Si les premières négociations engagées par l'Agence ne reposaient pas sur un ciblage particulier des territoires, il a été décidé très rapidement de centrer les CLS sur les communes et intercommunalités considérées comme les plus défavorisées.

Deux critères ont été retenus pour la constitution d'une géographie prioritaire : l'IDH $2 < 0,52$ (moyenne nationale) et/ou la présence de quartiers prioritaires Politique de la Ville.

Aujourd'hui le bilan d'implantation est le suivant :

- **65** contrats signés (sur sept départements de la région) : 58 avec des communes et 7 avec des intercommunalités.
- **142** quartiers politique de la ville (QPV) couverts par un CLS sur 272 QPV en Île-de-France soit, **52,2%** des QPV de la région couverts par un CLS. *Si on ne comptabilise pas Paris (absence de CLS sur ce territoire à ce jour), la part des QPV couverte par un CLS s'élève à **56,3%** (142 QPV sur 252 QPV).*
- **12** CLS sont en cours d'élaboration et **4** en phase de négociation



Ces contrats couvrent désormais **33%** de la population francilienne (hors Paris) et **45 %** des ménages non imposables (hors Paris).

Plusieurs leviers ont facilité la contractualisation avec ces territoires :

Leviers internes :

- Un portage important de la Direction Générale
- Une bonne collaboration siège/DD

Leviers externes :

- Un soutien méthodologique et financier de l'Agence pour impulser et préfigurer la mise en place des CLS : production de monographies par la Direction de la stratégie diffusées à tous les territoires en phase de négociation et cofinancement de 48 diagnostics locaux de santé (entre 2011 et 2015) et de 44 postes de coordinateurs CLS.
- Une mobilisation importante des élus.
- Une dynamique confortée par la Politique de la Ville : rôle pivot des Ateliers Santé Ville dans l'élaboration des premiers CLS et d'une manière générale dans leur mise en œuvre, inscription de projets de CLS dans les volets santé des nouveaux contrats de Ville.

Concernant les freins, le processus de contractualisation a été ralenti sur certaines périodes : lors des élections municipales et lors de la période d'incertitude quant au devenir des CLS (cf. dispositions initiales du projet de loi de santé).

2. Des CLS 1... aux CLS 2

Les premiers CLS ont été signés en fin d'année 2011. Le Projet Régional de Santé n'étant pas encore finalisé, une clause de revoyure à un an a été introduite dans les contrats. Cette période a permis à un certain nombre de territoires de s'engager dans la conduite d'un diagnostic local de santé et de préfigurer leur CLS.

Soucieuse de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue, l'Agence s'est très vite engagée dans une démarche évaluative des CLS. Un an à peine après la conclusion des premiers contrats (en juillet 2012, une évaluation de processus a été réalisée afin de recueillir des éléments de compréhension sur l'entrée des collectivités dans la démarche CLS et être éclairé sur les conditions déployées pour sa mise en œuvre).

Principaux résultats :

- un processus d'implantation et des conditions de mises en œuvre plutôt favorables avec des efforts consentis par les acteurs locaux pour lancer la concertation, assurer la participation ou favoriser le pouvoir d'action.
- une première étape, conduite dans un temps très court, qui a eu le mérite d'enclencher la réalisation ou l'actualisation d'un diagnostic partagé de la santé sur un territoire donné (à minima) et de prédéfinir un premier plan d'interventions.
- La nécessité de consolider les démarches engagées (observation locale, structuration des CLS notamment en lien avec les ISTS, gouvernance, suivi/évaluation).

Fin 2012, l'Agence a souhaité aller plus loin dans ce processus évaluatif et a sollicité l'Université Paris 13 pour la réalisation d'une démarche évaluative complémentaire afin de déterminer dans quelle mesure les CLS, tels qu'ils étaient conçus, pouvaient contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Avant de présenter la méthodologie suivie, il convient de préciser qu'il s'agit d'une évaluation « concourante » et non d'une évaluation à « posteriori » qui vise à mesurer les résultats d'un projet. Ici, l'Université Paris 13 s'est intéressée à la phase de conception des CLS.

La conduite de l'évaluation s'est déroulée en deux temps :

- La première phase, réalisée de fin 2012 à fin 2013, a permis d'analyser la structuration de 18 CLS au regard des principes d'intervention préconisés dans la littérature spécialisée sur les inégalités sociales de santé. Plus précisément, l'Université Paris 13 s'est intéressée ici aux déterminants de la santé visés par les actions des CLS, aux types d'intervention envisagés et aux méthodes privilégiées pour réduire les ISTS perçues sur le territoire signataire.
- Pour compléter cette analyse, une enquête qualitative a été conduite de fin 2013 à fin 2014, sur sept territoires en CLS auprès de différents acteurs impliqués dans cette démarche de contractualisation (élus, référents CLS, partenaires...) : Bobigny, Stains, Saint-Ouen (93) ; Gennevilliers, Asnières (92) ; Saint-Quentin-en-Yvelines (78) ; Bonneuil-sur-Marne (94).

Une double approche a été privilégiée dans cette enquête de terrain : une analyse du contexte politique global dans lequel le contenu du CLS a été défini (*approche « macro »*) et une étude plus spécifique de certaines actions du contrat (*approche micro*).

Les points forts de la démarche CLS :

A l'issue de ce travail il est constaté :

- Un investissement plus important dans le domaine de la santé (inscription de la santé à l'agenda politique local ; renforcement de la qualité de cette politique avec une meilleure visibilité et structuration).
- Une prise de conscience de l'enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de l'importance d'agir sur les déterminants de la santé (habitat, éducation...) pour y répondre.



- L'émergence d'une géographie prioritaire des besoins et des territoires (au niveau régional : concentration des moyens sur les territoires les plus en difficulté et au niveau local : attention particulière pour les publics en situation de vulnérabilité sociale).
- Un outil favorisant la concertation (articulation des politiques publiques de différents échelons, négociation des priorités de santé) et le développement des partenariats (anciens/nouveaux avec implication de partenaires plus éloignés du champ sanitaire).
- Et le développement des missions d'animation territoriale de l'ARS (co-construction du projet local de santé ; l'ARS n'est pas positionnée comme un simple organisme de tutelle).

Les difficultés identifiées :

- Un niveau de priorisation des ISTS encore limité :
 - Un objectif parmi d'autres (difficulté pour traduire de manière stratégique cet enjeu spécifique).
 - Des actions essentiellement axées sur les déterminants liés à l'accès au système de santé et aux modes de vie individuels. Le poids des actions sur les déterminants sociaux/environnementaux est encore limité.
 - Une connaissance inégale des ISTS et de leurs stratégies de réduction (nécessité d'une appropriation).
- Des difficultés à mettre en œuvre une approche globale et intersectorielle. Une action intersectorielle est à développer mais semble être en construction notamment autour des questions de l'habitat.
- Des modes de financements à repenser (la nécessité de passer par des appels à projet thématiques pour le financement des actions n'est pas en cohérence avec l'approche globale CLS ; le soutien de la coordination doit être conforté).
- La participation des habitants reste faible, exceptée dans les phases d'analyse des besoins (diagnostic local de santé).

Ce que l'on peut retenir de ce travail :

Le CLS apparaît comme un outil intéressant pour initier localement une démarche de santé intégrée et jeter les bases d'une approche partenariale en santé. Mais pour pouvoir, à terme, contribuer réellement à la réduction des ISTS, il semble nécessaire de procéder :

- à des ajustements d'ordre institutionnel permettant d'accompagner au mieux le processus et de promouvoir une approche davantage intersectorielle (organisation; moyens, outils de mobilisation: plaidoyer, EIS...).
- au développement d'une politique ambitieuse de renforcement des compétences et pratiques internes/externes pour une meilleure appropriation collective des stratégies de réduction des ISTS.
- de garantir la cohérence des stratégies d'intervention aux différents échelons territoriaux (action multi-niveaux).

Cette évaluation a été initiée il y a désormais deux ans, et si les principales conclusions restent valables, un certain nombre d'avancées dans le sens des préconisations de l'équipe de chercheurs ont été enregistrées

Parmi ces avancées, il faut noter :

Au niveau régional :

Un renforcement progressif du pilotage régional :

- Consolidation et ouverture du dispositif de pilotage à de nouveaux partenaires et en interne.
- Production d'un Référentiel CLS proposant des repères stratégiques et des outils méthodologiques (qui a vocation à s'enrichir progressivement de nouvelles fiches techniques).
- Mise en place d'une nouvelle démarche évaluative dans la perspective du futur Projet Régional de santé. Centrée sur deux enjeux : la prise en compte des ISTS et de la logique de parcours de santé, l'évaluation va mobiliser deux modalités d'enquête (diffusion d'un questionnaire en ligne à destination des équipes locales et conduite d'entretiens avec les référents CLS des délégations départementales et un échantillon de partenaires).
- Organisation d'une première journée régionale des CLS visant à réaffirmer le pilotage par l'Agence et la cohérence régionale du dispositif; accélérer la diffusion des bonnes pratiques et améliorer la qualité des projets ; réassurer les coordinateurs CLS dans leur environnement en affichant les conditions de réussite du projet local et inscrire les CLS dans le nouveau paysage institutionnel. Près de 240 personnes ont participé à cette première rencontre régionale copilotée par l'Agence et la Préfecture.



- Mise en œuvre d'expérimentations pour renforcer le potentiel transformateur des CLS sur certains sujets : ex de l'expérimentation CLS ETP Diabète engagée à Clichy-sous-Bois/Montfermeil.

Une articulation étroite avec d'autres politiques publiques :

- Dans le domaine de l'habitat, l'appel à projets conjoint DRIHL/ARS sur le soutien des stratégies locales de lutte contre l'habitat indigne a été conçu en tenant compte des priorités CLS.
- Dans le champ de la Politique de la Ville, les Préfets ont été quasi unanimes à souligner combien l'existence des CLS avait permis non seulement de simplifier, mais aussi de préciser le volet santé de la Politique de la ville.

Un impact sur les politiques de santé :

- Un recentrage des financements « Prévention Promotion de la Santé » vers les territoires CLS/Politique de la Ville : effet-levier du CLS (cf. communication Journées scientifiques de la CNAMTS).
- L'engagement de nouveaux partenaires en tant que signataires : au-delà des signataires systématiques (CT, ARS, Préfecture), association de CPAM (5 CPAM engagées, sur 27 CLS) – 1 Conseil Départemental (93) et deux Etablissements de santé (Le Raincy-Montfermeil et Saint-Denis).

Au niveau local, quelques avancées observées :

- L'adoption d'une approche plus transversale à travers : l'élargissement du champ d'intervention/émergence de nouvelles thématiques, la mobilisation de nouveaux partenaires (ex : hôpital, acteurs du médico-social, habitat+++), une prise en compte plus importante des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
- La fluidification des parcours de santé (coordination, accès...).
- Le renforcement des stratégies de promotion de santé mentale avec la création de CLSM (ex: Stains, Grigny, Bobigny, Ivry....).

Les leviers :

- Prise en compte et diffusion des recommandations de l'Université Paris 13.



- Révision du dispositif de pilotage (avec volonté d'associer de manière les délégations départementales à la définition des orientations stratégiques et à la production des outils méthodologiques).
- Réaffirmation du rôle des CLS dans la nouvelle loi de santé.

Les freins :

- Au niveau régional : une dynamique ralentie pendant quelques mois avec la menace de suppression des CLS évoquée dans les premiers débats parlementaires autour de la loi de santé (report de la journée régionale CLS etc.).
- Au niveau local : une connaissance inégale des ISTS et des stratégies d'action pour lutter contre les ISTS (des appropriations plus ou moins longues selon les territoires liées à des contextes d'interventions hétérogènes, des histoires de santé publique plus ou moins anciennes, des ressources et parfois des compétences inégales) - le changement d'équipes municipales avec parfois une remise en cause ou un portage plus faible du dispositif.

Quelle analyse des effets ?

Des points forts :

Les CLS constituent désormais un dispositif reconnu et approprié non seulement par leurs porteurs initiaux les plus engagés, mais aussi par un nombre croissant de collectivités locales, et de partenaires externes.

Le contenu méthodologique des contrats s'est progressivement amélioré, à la fois en s'adossant à l'expérience et en mobilisant des outils ad hoc produits par les équipes CLS de l'agence et par des équipes extérieures.

Au sein de l'Agence, une appropriation du dispositif de plus en plus forte, très au-delà du secteur de la promotion de la santé, émerge. C'est – avec des questionnements réels sur les aspects concrets de la démarche- le cas des équipes de la Veille sécurité sanitaire, de l'offre de soins ambulatoires, de l'offre de soins hospitalière – beaucoup dans celui du médico-social et des personnes en difficultés spécifiques.

L'évaluation externe des CLS définit clairement leur rôle régional et local en matière de réduction des ISS, les conditions pour qu'une amélioration de l'effet soit possible.

Le niveau national s'appuie fortement sur l'expérience francilienne, même si d'autres agences ont mobilisé ce dispositif, dans des logiques comparables ou différentes de la nôtre.

Des difficultés à surmonter, des interrogations auxquelles faire face :

Un certain nombre de sujets découlent des points vus ci-dessus, et on isolera les points suivants :

- Dans le positionnement des CLS au sein de la stratégie régionale, il est nécessaire de renforcer le rôle de ce dispositif comme outil propre de l'Agence, ce qui signifie de :
 - réaffirmer que les DD ont à copiloter chacun des contrats en fonction de sa stratégie territoriale : le CLS n'est pas le plan municipal de santé ;
 - réaffirmer que les CLS sont un objet partagé, à approprier par chacune des directions métiers du siège. Cette appropriation s'entend non pas comme une simple déclinaison locale mais comme la mise en œuvre de nouvelles opportunités de partenariat et surtout d'adaptation des politiques aux besoins de territoires prioritaires.
- Dans l'amélioration des pratiques, on constate un cercle vertueux ou au contraire défavorable entre la qualité des projets, la nature du pilotage du CLS, et le statut et la qualification du coordinateur. Il y a donc un enjeu à réaffirmer quelques principes, notamment pour conforter la place des coordinateurs dans les structures municipales.
- La mobilisation des acteurs locaux est un enjeu majeur, il existe un déficit :
 - dans la mobilisation des professionnels de santé (notamment libéraux) : cette mobilisation se heurte à des difficultés politiques et organisationnelles ;
 - dans l'association des habitants.
- Enfin, le rôle des CLS comme outil de mobilisation des politiques publiques non sanitaires (droits sociaux, urbanisme, habitat, éducation, etc...) est extrêmement prometteur, et doit être enrichi et déployé.

En termes d'interrogations, elles sont pour l'essentiel liées à l'accumulation de dispositifs contractuels et territoriaux dans la loi de santé publique.



Quelle prise en compte des ISTS ?

La prise en compte des ISTS est continue dans la politique de déploiement et d'accompagnement développée par l'agence. Elle se traduit par une stratégie de réduction des écarts entre territoires de la région (avec la concentration des moyens sur les territoires présentant le plus de besoins), par la mobilisation de leviers dans le champ sanitaire et dans les autres politiques publiques (aux différents niveaux ; en interne et en externe) et par la production d'outils et d'actions axés sur cet enjeu (référentiel CLS, démarches évaluatives, journée régionale des CLS).

Au niveau local, l'appropriation des stratégies et actions efficaces pour lutter contre les ISTS est encore inégale. Cela prend du temps mais on note des nettes avancées dans ce sens entre les CLS 1 et CLS 2 (approches plus transversales et intersectorielles, intervention renforcées sur les DSS et DES). Des progrès importants restent à faire en termes de participation des habitants et e développement de l'empowerment.

Analyse des freins et leviers

Différents types de freins et de leviers ont été identifiés ci-dessus. Certains sont relatifs au contexte (national : loi de santé, Politique de la ville... ; local : caractéristiques des territoires d'intervention, portage politique), d'autres sont liés à l'organisation interne de l'institution et la stratégie mise en place (moyens financiers et techniques, gouvernance, organisation du travail avec DM/DD et partenaires).

Enjeux

A l'issue de ce bilan, quelques enjeux spécifiques se dégagent :

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation de Paris XIII, à travers :

- Une approche plus systématique par les déterminants (avec prise en compte renforcée des déterminants urbains et environnementaux notamment) ;
- Une approche plus systématique du parcours local de santé.

Et la prise en compte de deux questions majeures :

- la participation des habitants, au-delà des diagnostics ;
- une participation renforcée des professionnels de santé, notamment libéraux.



Les enjeux portés par la Loi de Modernisation du système de Santé du 21 janvier 2016 :

- Rôle réaffirmé des CLS (mise en œuvre du PRS, articulation avec le PRSE 3) ;
- L'articulation avec les nouveaux outils et dispositifs territoriaux (Contrats territoriaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins primaires) ;
- Des possibilités ouvertes : l'inscription des équipes de soins primaires dans les CLS comme une des réponses possibles aux besoins locaux de structuration, l'évocation des conseils locaux de santé.

Les enjeux portés par la Loi Politique de la Ville et la Loi Notre

Le premier est le rappel, sur le principe, de l'articulation forte entre politique de la ville et CLS : le chaînage PRS/CLS/Volet santé du Contrat de ville doit permettre non seulement de mettre en œuvre des actions spécifiques aux quartiers Politique de la Ville, mais aussi de renforcer et focaliser l'ensemble des actions de l'Agence sur ces quartiers.

Le deuxième est d'ordre institutionnel : la loi NOTRE confie aux intercommunalités la politique de la Ville, ainsi qu'aux territoires dans le cadre du Grand Paris (compétence propre, et non compétence déléguée par la métropole). Les Maires sont obligatoirement associés. Par ailleurs, un redécoupage majeur des intercommunalités a été conduit en grande couronne.

Perspectives

- **Politique de déploiement des CLS: réinterroger le niveau et le mode de ciblage des territoires lors du futur PRS** : renforcement de leur fonction de priorisation régionale, par une meilleure adéquation de la géographie des CLS à la géographie des inégalités et des besoins, par une meilleure articulation avec la Politique de la Ville, et par une meilleure congruence entre cette géographie et l'ensemble des leviers et champs d'action de l'Agence.
- **Pilotage et accompagnement méthodologique des CLS**: renforcer leur fonction de transformation des politiques locales, par un renforcement méthodologique des pratiques, adossé aux acquis des connaissances en santé publique (rôle des déterminants, rôle de l'association des habitants, etc...)

De ce point de vue, il s'agit d'abandonner définitivement la pratique de CLS « d'affichage » (simple reprise des actions existantes) : si ces CLS « d'affichage » ont eu un intérêt politique et stratégique indéniable, il est possible aujourd'hui de généraliser les CLS transformateurs.

Axes de travail envisagés :

1. Aller plus loin dans le décroisement interne et externe à travers notamment des collaborations spécifiques sur plusieurs sujets :
 - Etablissements de santé : lister les ES pour lesquels l'engagement au sein du CLS concerné constitue un enjeu suffisamment important pour qu'il soit consigné dans le CPOM. Identifier les points spécifiques d'articulation (PASS, champ de la périnatalité, etc...);
 - Ambulatoire : inclure le périmètre CLS et celui de la Politique de la Ville dans les processus de soutien prioritaire ; accompagner les fédérations (FEMASIF, URPS, FNCS) dans l'engagement au sein du processus CLS ;
 - Veille sanitaire : suivre les projets DRIHL/ARS en matière d'habitat insalubre (plan régional) ; adosser la déclinaison locale du PRSE 3 aux CLS existants ; mettre en place dans les CLS des projets « soins/environnement » (écoles du souffle, etc...) ;



- Prévention primaire et secondaire (OESP/BRIT) : proposer aux partenaires des CLS de construire localement des projets périnatalité, diabète, santé des jeunes, réduction du tabagisme ;
 - La question de l'accès aux droits et de la santé des personnes exclues est un axe important de l'engagement des CPAM et des UT DRIHL/DRJSCS, qu'il faut également conforter.
2. Accélérer la production des données nécessaires à la mise à jour et suivi des diagnostics locaux de santé : actualisation des monographies CLS.
 3. Poursuivre les expérimentations CLS en matière d'ETP diabète.
 4. Expliciter l'articulation entre les différents dispositifs territoriaux de contractualisation prévus dans la loi de santé.
 5. Analyser avec l'appui de la cellule d'appui les stratégies et actions pertinentes en termes de mobilisation des professionnels de santé et de participation des habitants.
 6. Poursuivre l'évaluation des CLS initiée en 2016.
 7. Mettre en place un bulletin de liaison trimestriel.

Projet Grand Paris²

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *La prise en compte progressive de la santé par les acteurs du Grand Paris, et des perspectives du Grand Paris par les régulateurs du système de santé.*
- *L'engagement, formalisé dans une convention spécifique, du principal aménageur du Grand Paris, la SGP, autour des logiques de réduction des ISS via l'aménagement et de prise en compte des besoins de santé dans l'aménagement des quartiers de gare.*
- *La production d'outils opérationnels (Atlas Santé du Grand Paris), et leur appropriation par des acteurs et aménageurs locaux ou régionaux.*
- *L'appropriation par les élus locaux du lien entre aménagement, inégalités, et pathologies chroniques à stratification sociale.*
- *L'anticipation par les établissements de santé des impacts locaux (quartiers de gares) et distants (Grand Paris Express) du processus métropolitain.*
- *Des progrès majeurs à accomplir dans la jonction entre connaissances scientifiques et logiques opérationnelles micro et macro, autour de l'interface aménagement urbain/santé.*

Le contexte

Grand Paris du logement, Grand Paris des transports, Grand Paris du développement territorial, Grand Paris de la Métropole : le projet Grand Paris va remodeler considérablement notre région. Les enjeux de santé seront majeurs. L'Agence doit veiller à ce que ce chantier gigantesque conduise à réduire non seulement les écarts de santé liés à l'accès au système de soins (accessibilité en transports en commun notamment), mais aussi ceux relatifs à l'organisation sociale et urbaine de la région et à son aménagement.

Le Grand Paris est en effet un projet mobilisateur, qui réunit les services de l'Etat et l'ensemble des différents échelons des collectivités territoriales : son influence et la multiplicité des acteurs concernés constituent un atout indéniable pour mettre en place « une dynamique territoriale », « une culture partagée » comme évoquée dans le SRP.

² Dernière mise à jour : Septembre 2016

Ce que prévoyait le PRS

Le Grand Paris n'était pas inscrit en tant que tel dans le SRP et le PRS. Cependant, il était question de la prise en compte de l'aménagement comme déterminant fort de la santé des populations.

La montée des préoccupations liées à l'ampleur des projets du Grand Paris a cependant conduit à bâtir des objectifs spécifiques, dans la continuité des objectifs du PRS.

Le Grand Paris influe sur le cadre urbain, le logement, les mobilités, l'activité économique, et par conséquent sur les conditions socio-économique des individus : dans la perspective « d'agir sur l'ensemble des déterminants par une coordination avec les autres acteurs public », l'investissement dans les instances de concertation et de projet du Grand Paris était une opportunité pour inscrire les enjeux de santé dans les décisions d'aménagement. Enfin, le projet du Grand Paris s'inscrit dans le temps et bénéficie d'une renommée internationale, les stratégies de plaidoyer sur la prise en compte de la santé dans la santé publique portées auprès des acteurs locaux pourront donc être relayées à l'échelle nationale.

Dans la continuité du SRP, quatre grands objectifs ont ainsi structuré la mise en œuvre de la démarche Grand Paris :

- Implanter dans les principaux chantiers du Grand Paris (transport, aménagement du territoire, gouvernance institutionnelle) des processus concrets de prise en compte de l'impact en santé des choix urbains et sociaux, et infléchir les programmes urbains dans un sens favorable à la réduction des pathologies chroniques (diabète notamment, mais aussi obésité ou pathologies en santé mentale), prioritairement dans les territoires à forts besoins de santé
- Faciliter l'adaptation de l'offre de soins ambulatoire, médico-sociale, hospitalière, aux évolutions démographiques et urbaines programmées, et symétriquement mobiliser les opportunités urbaines créées par le Grand Paris pour mieux répondre aux besoins.
- Réduire l'impact en santé des éventuelles atteintes environnementales et contribuer à une meilleure prise en compte des questions de santé dans les portés à connaissance et avis à l'autorité environnementale.
- Produire des outils de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec les dynamiques d'aménagement urbain, à partir des données récentes de la recherche en santé urbaine.



Ce qui a été réalisé

Le plan de travail de l'Agence s'est donc bâti autour de trois piliers déclinant les quatre objectifs, avec l'ambition conjointe de mener ses propres actions opérationnelles, d'accompagner les partenaires de l'aménagement francilien :

- 1. Appropriation interne**
- 2. Diagnostic et analyse prospective**
- 3. Plaidoyer et démarches partenariales « urbanisme et santé »**

1. APPROPRIATION INTERNE

L'Agence a investi les principaux espaces de débat autour du développement métropolitain, structuré les liens avec les professionnels de l'aménagement (notamment la Société du Grand Paris), et mieux approprié les questions de santé urbaine et de prospective territoriale.

L'exercice d'appropriation des enjeux d'aménagement du territoire au sein de l'Agence est continu et répond à une actualité dense. Il a notamment conduit à la production d'un premier grand livrable « La cartographie des acteurs du Grand Paris », 42 pages, qui retrace les 4 grandes dynamiques en cours (Transport, Logement, Développement territorial et Gouvernance institutionnelle), le rôle des principaux acteurs du Grand Paris et les possibles interactions avec l'action de l'ARSIF, et à des informations collectives).

Analyse des effets

Ces actions de sensibilisation ont permis de concrétiser auprès de certains agents de l'ARS les grandes lignes directrices des projets, et des leviers, modalités de travail commun avec des partenaires du monde de l'aménagement, afin de décloisonner l'exercice de l'action publique, et rendre lisible des processus impactant directement et indirectement la santé des franciliens.

Les effets sont donc une plus grande prise de conscience des enjeux de l'aménagement et de la nouvelle organisation institutionnelle.

Analyse des freins et leviers

Les freins

Les projets évoluent en continu, les avancées de la réforme institutionnelle du Grand Paris ne sont pas figées. Il était parfois complexe de délivrer une information claire et lisible (comme par exemple sur la politique locale de l'habitat auprès des équipes santé environnement). Il en est de même sur la conduite des projets d'aménagement par l'Etat : multiplication des outils et périmètres, et interrogations sur l'exercice des compétences et périmètres d'action des acteurs publics de l'aménagement (EPA, EPFIF, GPA).

Les leviers

Le suivi des démarches/ outils assurant la structuration d'un urbanisme favorable à la santé (EHESP, travaux des équipes de recherches, guides portés par d'autres ARS) permettra de structurer des temps de formation internes auprès des chargés de projet prévention et promotion de la santé, et santé environnement, sur la thématique.

2. DIAGNOSTIC - ANALYSE PROSPECTIVE

Ce pilier répond à la nécessité d'offrir une aide à la décision et un appui opérationnel (outils d'anticipation, diagnostic territorial, etc.) dans la conduite des actions de l'Agence (DD et DM) pouvant être liées, ou impactées par la dynamique du Grand Paris, et plus largement par le lien entre urbanisme et santé. Dans le champ de l'offre de soins, les travaux sont principalement centrés sur la dynamique Grand Paris, l'anticipation et la hiérarchisation des niveaux d'évolution des territoires, et leurs échéances.

Dans le champ santé environnement, les travaux visent à élargir le spectre de rendu des avis sanitaires auprès de l'autorité environnementale en prenant en compte les grands principes d'un urbanisme favorable à la santé.

Les principaux livrables :

- Rapport sur les opportunités du Grand Paris pour l'implantation de professionnels de premiers recours.
- Recueil des dynamiques urbaines prospectives du Grand Paris à l'échelle des Contrats de Développement Territorial (CDT).
- Etude IAU sur l'impact du Grand Paris Express sur l'accessibilité aux établissements de santé.

- Etude IAU sur l'implantation de l'hôpital nord du Grand Paris.
- Trame commune et avis « urbanisme et santé » rendus dans le cadre des avis sanitaires (santé environnement) sur les projets du Grand Paris (une dizaine d'avis).

Liens avec des programmes, actions opérationnelles de l'Agence :

- Le SROS ambulatoire : la réflexion sur les « opportunités du Grand Paris » devrait permettre à moyen terme d'introduire une variable sur les mutations urbaines dans la définition des territoires déficitaires (SROS 2018 à venir).
- Le SDIHR/ SRISMS : les éléments d'anticipation prospective sur l'évolution de l'offre en transport en commun et des opportunités foncières et immobilières du Grand Paris peuvent permettre de prioriser les implantations/ relocations et faciliter l'aide à la décision en fonction des opportunités urbaines.
- Les GHT : la prospective sur l'évolution de l'offre en transport et les futures travaux sur les dynamiques urbaines constitueraient un enjeu pour affiner les politiques au sein des GHT.
- Les avis sanitaires sur les projets d'aménagement : élargir de la prise en compte des questions sanitaires à travers la prise en compte des mobilités, l'impact sur le cadre urbain, le logement, etc.

Analyse des effets

Les effets sont multiples notamment au niveau d'une meilleure appréciation des dynamiques territoriales dans le choix des implantations et de l'organisation de l'offre de soins : sur des implantations médico-sociales (notamment en Seine-Saint-Denis), le futur hôpital nord, le projet de regroupement à Saclay, le site du Perray Vauclose (91), etc.

L'inclusion de la dimension « environnement urbain » dans les avis sanitaires rendus auprès de l'autorité environnementale a pour ambition de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. La perspective du plan Régional Santé Environnement 3, et la polarisation des questionnements liés à ces travaux et aux projets du Grand Paris soutiennent ces collaborations.

Prise en compte des ISTS

Les ISTS sont présentes en continue dans la définition des territoires prioritaires pour l'adaptation de l'offre de soins : avec une mise en perspective des aménagements futurs avec la faiblesse de l'offre.

Pour la santé environnement, les enjeux environnementaux sont questionnés en lien avec les cumuls d'expositions de nuisances (air, bruit, pollution des sols, etc.), les enjeux de mobilité des populations vulnérables (praticabilité des mobilités actives, contraintes d'enclavement, etc.), et mis en perspective avec la prévalence de pathologies chroniques (ALD diabète, etc.).

Freins et leviers

Les pôles de l'offre de soins sont dans une logique d'action immédiate. Il est parfois complexe de concilier « anticipation prospective » et les calendriers de leurs travaux : AAP médico-sociaux, zonages et accompagnement à la création de SEC, investissements/cession immobilières et implantations hospitalières.

La concordance entre la mission Grand Paris et des actions de plus long terme (définition des GHT, futur zonage déficitaire, appels à projet sur des cessions à moyen terme) a été un levier pour concrétiser la prise en compte de cette thématique.

Se pose également la question de l'adéquation des échelles (territoires Grand Paris / GHT / Infra-Territoires des Etablissements), et de la disponibilité des données (bien souvent à l'échelle des CDT du Grand Paris) qui peut être peu lisible pour les équipes de l'ARS et les professionnels de santé.

3. PLAIDOYER ET DEMARCHES PARTENARIALES « URBANISME ET SANTE »

Les démarches partenariales menées avec nos partenaires de l'aménagement revêtent deux grands objectifs sous-jacents :

- Inscrire le plaidoyer en santé, et la réduction des inégalités, dans la conduite des missions opérationnelles des professionnels de l'aménagement.
- Etablir des liens et des questionnements autour de démarche innovantes : « la place de l'offre de santé dans la ville », la « marchabilité et le lien avec les pathologies chroniques »,

enrichir la démarche d'EIS sur l'axe « aménagement urbain », et bâtir de nouveaux outils pour prendre en compte la santé en amont du projet d'aménagement. Qui ont aujourd'hui été peu ou pas traités dans les travaux d'études franciliennes.

Les principaux livrables :

- Co-rédaction de fiches actions et participation à l'élaboration et au suivi des CDT du Territoire de la Culture et de la Création (Plaine Commune) et de la Vallée Scientifique de la Bièvre.
- Atlas « Santé et Grand Paris Express » - Décembre 2015 (55 pages), en lien avec l'APUR et la SGP.
- Séminaire régional « santé et renouvellement urbain », ayant accueilli 75 participants (dont une quinzaine de professionnels de l'urbanisme et du renouvellement urbain), organisé en partenariat avec Profession Banlieue et le CGET.
- Les rencontres « Hôpitaux et Grand Paris », réalisées en 2015, auprès de 24 établissements franciliens, organisé en partenariat avec la Société du Grand Paris.
- Les enquêtes « Hôpitaux et accessibilité aux transports en communs » avec un dialogue établi avec 65 établissements, organisé en lien avec la Société du Grand Paris.
- Convention de partenariat entre l'ARS et la Société du Grand Paris.
- Protocole de collaboration entre l'ARS et l'Agence Nationale pour le Renouvellement Urbain (ANRU).
- Appel à manifestation d'intérêt (AMI) « Santé environnement et aménagement durable », co-porté avec l'ADEME : 17 candidatures ; 6 projets financés.

Analyse des effets

Ces travaux permettent de décloisonner les pratiques de l'aménagement et de la santé, et d'introduire la santé dans les préoccupations des aménageurs, à l'aube de la mise en œuvre de projets structurants pour un horizon de 5 à 15 ans. L'Atlas Santé et Grand Paris Express, financé par la Société du Grand Paris, a permis de rendre lisible l'impact potentiel et les interactions de projets d'aménagement structurant (en l'occurrence l'implantation de nouvelles gares et des projets d'aménagement afférents) avec l'organisation de l'offre sanitaire et l'état sanitaire des populations.

La réalisation de cet atlas a permis de concrétiser la signature d'une convention de partenariat entre la Société du Grand Paris et l'Agence Régionale de Santé en avril 2016. Cette convention est une étape majeure, puisqu'elle inscrit un cadre de collaboration sur la

période 2016-2030, sur la prise en compte des enjeux de santé, tout au long de la mise en œuvre du réseau de transport métropolitain. Autour de 4 objectifs clés (aménagement des espaces publics favorable à la santé, organisation de l'offre de soin, prise en compte des inégalités de santé et des publics fragiles), l'ARS est ainsi en position de mieux faire prendre en compte les enjeux de santé dans la dynamique future d'aménagement.

L'AMI ADEME-ARS, au-delà des effets escomptés sur la problématique de promotion de l'EIS, permet de concourir à cet objectif et d'intégrer une approche globale des impacts sur la santé en amont du projet d'aménagement. Mais plus largement de mettre en réseau l'ARS avec un groupe de collectivités motrices sur la thématique « santé et urbanisme » (15 collectivités, dans 6 départements), capables de diffuser la dynamique au reste de l'Île-de-France.

Des ponts sont dressés avec les actions en cours dans le cadre des volets santé des contrats de ville, avec en ligne de mire le financement/accompagnement éventuel de projets à la jonction entre promotion de la santé et renouvellement urbain, dans le cadre de ces contrats.

Prise en compte des ISTS

Les ISTS sont définies comme l'enjeu prioritaire de réflexion auprès des partenaires institutionnels : DRIEA, ANRU et Société du Grand Paris, dans les conventions et protocoles de collaboration : objectif clé (pour ANRU et SGP), variable de sélection des « territoires cibles » (convention DRIEA).

Un tryptique a été établi autour du lien : santé, aménagement, et vulnérabilité socio-économique dans chaque projet d'études, communication, séminaire. Autour notamment de la faiblesse de la démographie médicale, de la prévalence de certaines pathologies, des contraintes à la vie et la mobilité en lien avec la faible qualité du cadre urbain dans les territoires socialement fragiles. Ce tryptique est établi à un moment charnière où les projets (Protocole de Préfiguration des quartiers NPNRU, Etudes de pôles des quartiers de gare du Grand Paris) sont pensés, et il est nécessaire d'établir des « garde-fous », pour que les nouveaux mécanismes urbains ne contribuent pas à accroître les inégalités dans les prochaines années.

A ce jour, nous avons rendu le débat lisible auprès des plus grands opérateurs d'aménagement/ transport de la région pour que le Grand Paris n'accentue pas les ISTS. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si cette prise en compte sera suivie dans les faits.

Analyse des freins et leviers

Les Freins

Les freins se situent autour de deux grandes problématiques :

- La perméabilité des secteurs de la santé et de l'aménagement du territoire.
- Les contraintes financières, opérationnelles, et en termes d'échéances qui pèsent sur les acteurs du Grand Paris, et les poussent à reléguer les questions de santé publique, au second rang des préoccupations.
- la question des CDT, Contrat de Développement Territorial, et de la prise en compte des enjeux de santé dans ces documents de stratégie d'aménagement partenariale entre l'Etat et les collectivités, a constitué le cœur des premiers engagements (2012-2014) de l'Agence. Trois freins se sont alors dressés : difficultés de disposer d'outil adéquat pour appréhender la notion d'impact santé (l'EIS n'était pas adaptée à la dimension « macro » et la diversité des projets du CDT), l'avènement d'autres démarches de planification (OIN, CIN), et une volonté de nos interlocuteurs de cantonner l'abord santé dans le cadre de la politique de la ville, en marge de la dynamique d'aménagement du Grand Paris.

Les CDT offrait pourtant une interface pertinente pour inclure une « vision sanitaire » au cœur de projets de territoires, et rendre plus lisible le lien entre aménagement du territoire, organisation de l'offre de soins, et impact sur la santé des populations.

Si les tentatives d'incursion n'ont pu être menées à leur terme, elles ont permis de faire murir les questionnements autour de la prise en compte de la santé, le plus en amont possible des projets d'aménagement, et de nourrir une approche complémentaire à l'EIS, à travers un nouvel outil sous la forme d'une grille analytique, ou d'un référentiel, qui permettrait au maître d'ouvrage de définir dès le départ les principaux axes moteurs d'un projet d'aménagement contribuant à l'amélioration de la santé des habitants. Ces réflexions sont en cours d'approfondissement dans le cadre de l'AMI ADEME – ARS « Santé Environnement et Aménagement Durable » : un outil intitulé « Démarche analytique en santé urbaine » (DASU), d'appui à l'action des collectivités franciliennes, pourrait permettre de concrétiser l'ambition initiale portée autour des CDT.

Les leviers

Les premiers travaux de diagnostics et de sensibilisation (Atlas Santé et Grand Paris Express, Séminaire Renouvellement Urbain) ainsi que la montée en puissance de l'outil EIS, représentent d'importants leviers pour concrétiser la prise en compte de la santé dans la dynamique d'aménagement.

La signature de deux conventions/ protocoles avec deux des principaux acteurs de l'aménagement francilien (vision et impact à l'échelle régionale, notamment dans des territoires prioritaires au regard des enjeux de santé) constitue une opportunité pour inscrire ces actions de plaidoyer dans le temps.

Perspectives

Indicateurs de santé publique et accompagnement des collectivités : il est remonté des échanges avec les collectivités du Grand Paris, une forte attente d'appui de l'ARS pour décrypter les enjeux de santé publique (prévalence des pathologies, cumul d'expositions environnementales), en vue de la mise en œuvre de leurs projets d'aménagement.

Coordination d'un accompagnement sur le lien « urbanisme et santé » auprès des formations universitaires : les fortes demandes de formations formulées en interne et par les équipes des DD de l'ARS, le portage quasiment unique de cette thématique par l'EHESP, et l'absence des questions de santé dans les formations d'urbanisme nous invitent à questionner la place de la thématique « santé-urbanisme » dans la formation et la sensibilisation des générations futures d'urbanistes. L'intérêt serait donc double : apporter un appui méthodologique à la fois aux futurs urbanistes et aux collectivités pour bâtir des projets d'aménagement favorable à la santé.

Traduire et catalyser les productions de la recherche en santé urbaine dans le cadre de l'action publique de l'ARS : aujourd'hui, nous faisons le constat que le lien entre urbanisme et santé est fortement emprunt du cadre théorique international et de travaux étrangers (Barton et Tsourou) et qu'il peine à se structurer en Île-de-France au-delà de la question du lien entre santé, pratique de l'activité physique et cadre urbain, largement abondé dans la littérature francilienne : projet ANR Eliane, productions de la cohorte RECORD, etc.

Afin de concrétiser les partenariats évoqués précédemment, et de donner tous leur poids à des outils comme l'EIS appliqué aux projets d'aménagement, il apparaît indispensable que l'ARS travaille à catalyser et territorialiser les réflexions en santé urbaine.

Les besoins de formation en santé urbaine seront à intégrer dans le PRS et la nécessité de faire émerger des sujets de recherche pour mieux documenter le lien entre santé urbaine et ISTS devra apparaître dans le Cadre d'Orientation Stratégique.

Répondre au défi de la construction métropolitaine et de la dynamique de planification urbaine impulsée par la métropole du Grand Paris : La Métropole du Grand Paris, a mené ses premières actions au cours de l'année 2016, et devrait à l'horizon 2018 mettre en œuvre et réguler des projets clés à l'échelle métropolitaine, autour des compétences de préservation de l'environnement, développement et aménagement métropolitain, et conduite de la politique locale de l'habitat. Les compétences de la MGP, sur les champs de l'environnement, l'aménagement, et l'habitat notamment, sont en interface directe avec les missions de l'Agence Régionale de Santé : organisation et régulation de l'offre de soin, santé environnement, réponse aux besoins de santé et réduction des inégalités.

Dès l'année 2017 : deux chantiers concomitants seront menés par l'Agence et la Métropole : du côté de l'Agence, la définition du PRS, avec l'élaboration du diagnostic sanitaire régional, et du côté de la Métropole, l'élaboration du SCOT métropolitain qui impliquera également un travail conséquent de diagnostic. Les deux démarches auront vocation à être pensées en parallèle, et l'équipe de la mission Grand Paris, aux côtés des autres directions de l'Agence, sera mobilisée pour influencer sur la construction de ce futur diagnostic métropolitain.

Réorientations envisagées

Le projet Grand Paris offre une arène pour questionner le lien entre urbanisme et aménagement, et les intrications fortes avec l'état de santé, et l'accès aux soins des franciliens. Si la focale Grand Paris est de mise, de par la forte polarisation des projets de développement urbain, il se pose la question d'orienter les actions de plaidoyer au-delà de son strict périmètre pour questionner l'ensemble des problématiques franciliennes touchant au lien entre urbanisme, santé, et caractéristiques socio-économiques des populations, notamment en lien avec les territoires de renouvellement urbain.

⇒ ***Réduire les impacts de l'environnement sur la santé en luttant notamment contre l'habitat insalubre***

Lutter contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *L'impact de l'habitat insalubre et indigne, déterminant de santé majeur en Île-de-France, est désormais reconnu par tous les intervenants.*
- *Une qualification de l'impact sur la santé et des gains de santé possibles insuffisamment mesurée en France, donc à l'échelle régionale.*
- *Lorsque la mesure d'impact est possible (saturnisme infantile), on constate une amélioration sensible, ce qui incite à généraliser cette approche.*
- *Une action qui a permis de régler la situation sanitaire de plusieurs milliers de personnes sur la durée du PRS, lorsqu'on cumule les différents modes d'intervention publique.*
- *Une diversification des modes d'interventions, au-delà du réglementaire, et une meilleure coordination des politiques publiques à l'œuvre.*
- *Des usagers, grandes associations, acteurs locaux, avec lesquels les politiques publics sont insuffisamment en alliance.*

Le contexte

L'habitat indigne sous ses différentes formes et plus généralement l'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus importants, et les plus générateurs d'inégalités de santé. Il existe en effet des liens documentés dans la littérature entre habitat dégradé et la majeure partie des champs de la santé somatique et psychique. Par ailleurs, l'Île-de-France est une des régions où la densité de cet habitat semble la plus importante, si l'on s'en réfère aux données sur le saturnisme ou à la proportion de parc potentiellement indigne au sein du parc privé. Ainsi, 4,4% de parc privé en francilien est potentiellement indigne et 3,5% des demandes de logement sociaux seraient motivées par l'indignité ou l'indécence des logements occupés. L'Île-de-France concentre par ailleurs le tiers de cas de saturnisme dépistés au niveau national.

L'habitat dégradé concerne des populations socialement vulnérables, et les effets de l'exposition à cet habitat se cumulent avec d'autres déterminants d'inégalités.

La répartition spatiale de cet habitat conduit enfin à l'aggravation des inégalités territoriales de santé ainsi qu'à la ségrégation urbaine qui sont caractéristiques de notre région.

Traiter l'habitat insalubre, et réduire les conséquences de cet habitat sur la santé de ses occupants constitue donc un moyen parmi les plus immédiatement efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé franciliennes.

Ce que prévoyait le PRS

Les objectifs inscrits dans le PRS en matière de lutte contre l'habitat indigne sont issus du Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE 2). En effet, compte tenu des calendriers d'élaboration des deux plans, et afin d'avoir une certaine cohérence dans les actions portées par l'Agence, il avait été décidé de reprendre dans le PRS, uniquement les actions du PRSE2 dont le pilotage était confié à l'ARS.

Ces objectifs s'articulent autour de deux axes :

- Amplifier et mettre en cohérence les actions menées par les Préfets, l'ARS et les collectivités territoriales en matière d'habitat indigne :
 - Améliorer l'identification et le traitement des logements insalubres
 - Agir sur le risque saturnin
- Soutenir des actions partenariales et/ou locales de réduction de l'impact sanitaire des différentes formes d'habitat dégradé et de réduction de l'exposition à cet habitat :
 - Mobiliser les personnes touchées par l'habitat indigne (« Empowerment »)
 - Réduire les conséquences sanitaires d'un domicile mal chauffé

Ce qui a été réalisé

Chacun des deux objectifs du PRS s'est traduit par des actions structurées dans plusieurs domaines, dont le tableau suivant propose une synthèse.

	<i>Amplifier et mettre en cohérence les actions menées par...</i>	<i>Soutenir des actions partenariales et/ou locales de réduction de l'impact</i>
<i>La lutte contre l'habitat insalubre</i>	<i>La mise en œuvre des missions de police sanitaire</i> <i>L'animation de la politique territoriale</i> <i>Les dispositifs innovants (ORCOD, plan régional)</i>	<i>L'accompagnement socio-sanitaire des mesures de police sanitaire</i> <i>Le financement d'actions en promotion de la santé</i>
<i>La prévention du saturnisme infantile</i>	<i>Dépistage, signalement, réduction du risque saturnin</i>	<i>Mobilisation des acteurs locaux de santé</i>
<i>La réduction des conséquences sanitaires d'un domicile mal chauffé</i>		<i>Prévention des intoxications au CO</i>

LA LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE

La mise en œuvre des missions de police sanitaire

De 2011 à 2014, l'ARS a engagé des procédures pour permettre à environ 1260 ménages vivant dans des locaux impropres par nature à l'habitation (caves, sous-sols, combles, absence d'ouvertures sur l'extérieure) de sortir de cette situation ; Lorsque de tels locaux sont identifiés, une interdiction d'habiter est également prononcée afin d'éviter que la situation ne se répète. Sur cette même période, des procédures ont été engagées pour mettre fin à des situations de sur-occupation qui étaient du fait du bailleur ; ces procédures ont concerné environ 80 familles. 90 familles qui vivaient dans des logements dangereux en raison de l'utilisation qui en était faite ont été concernées par des procédures engagées par l'ARS (il peut s'agir par exemple de locaux professionnels avec une activité à risque qui sont utilisés à usage d'habitation).

De 2011 à 2014, environ 1600 ménages qui vivaient dans des conditions insalubres ont été concernés par des procédures permettant de traiter leur situation (en application de l'article L1331-26 du CSP). Parmi elles, environ 340 familles confrontées à des situations nécessitant la mise en œuvre d'une première intervention en urgence avant un traitement pérenne ont bénéficié d'une intervention spécifique au titre de l'article L1331-26-1 du CSP.

En plus des situations ci-dessus, les DD-ARS sont également fortement mobilisées pour traiter spécifiquement les situations nécessitant une intervention d'urgence. Ainsi, de 2011 à 2014, environ 1160 ménages soumis à un danger sanitaire imminent (danger électrique, risque incendie, absence d'alimentation en eau potable,...) ont été concernés par une procédure (L1311-4 du CSP) prise par l'ARS pour permettre le traitement de la situation en urgence. A l'échelle de la région, la part des procédures de traitement d'urgence (L1311-4 et L1331-26-1) est de 34%.

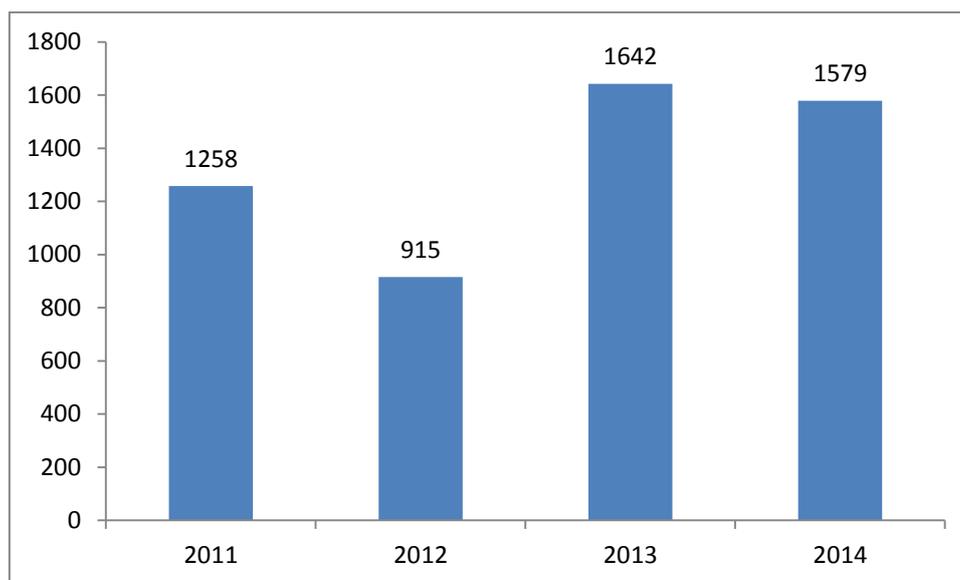


Figure 1 : Nombre de logements et parties communes sur lesquels une procédure a été engagée en Île-de-France

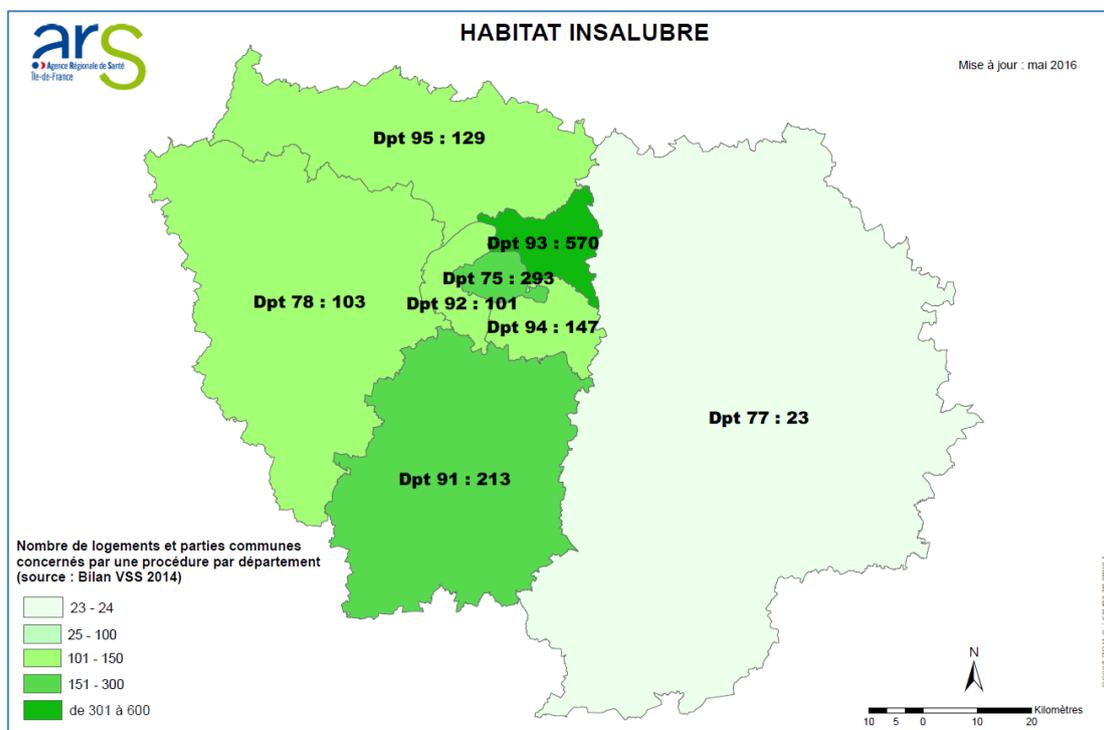


Figure 2 : Nombre de logements et parties communes visés par un arrêté d’insalubrité en 2014 par département

Un accent particulier a été porté par l’ARS ces dernières années sur l’amélioration du suivi des procédures avec en particulier la mise à jour des arrêtés anciens.

En complément de son action régaliennne, l’ARS finance, en articulation avec la DRIHL, des opérateurs afin d’accompagner les familles les plus vulnérables vivant dans un logement faisant l’objet d’un arrêté préfectoral d’insalubrité ou d’une injonction « plomb » et pour lesquelles une intervention spécifique est nécessaire. Ces ménages sont en effet souvent confrontés à différentes difficultés (insertion, santé, papiers, conflits avec leur bailleur...) et un accompagnement global s’avère nécessaire. Ces interventions permettent d’accompagner les familles tout au long de la procédure notamment vers les systèmes sanitaires et sociaux relevant du droit commun, mais aussi en prodiguant des conseils et des informations afin de faciliter leur retour dans un logement sain.

Ainsi, en 2015, environ 1050 ménages de la région ont pu bénéficier d’un accompagnement sanitaire et social renforcé.



L'animation territoriale pour une mise en cohérence des interventions

La lutte contre l'habitat insalubre repose sur un travail partenarial permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés et d'articuler leurs interventions allant du repérage des situations relevant de l'insalubrité jusqu'à leur traitement.

En Île-de-France, chaque département s'est ainsi doté d'un Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI). Ces instances partenariales ont été mises en place pour coordonner les interventions des différents acteurs dans le repérage et le traitement des situations relevant de l'habitat indigne, ainsi que l'accompagnement des ménages, propriétaires et collectivités locales. L'ARS Île-de-France est partie prenante dans ces instances qui rassemblent, outre l'ARS, les services des préfetures, des DRIHL/DDT, des DDCS, des SCHS, de la CAF, du parquet, *etc.* Des actions conjointes sont définies et portées dans le cadre des PDLHI.

Entre 2011 et 2015, de nombreuses actions de sensibilisation et de formation ont été organisées à l'attention des acteurs intervenant dans le repérage et le traitement des situations d'insalubrité. Des journées de sensibilisation ont ainsi été organisées par l'ARS à l'attention des mairies (élus, services techniques, SCHS), mais aussi de l'ensemble des acteurs intervenant à domicile et susceptibles d'identifier et d'intervenir sur de potentielles situations d'insalubrité : travailleurs sociaux des Caisses d'Allocations Familiales (CAF), Maisons Départementales des Solidarités (MDS), associations, acteurs des territoires des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), police, gendarmerie, parquet, ADIL *etc.* Différents outils de signalement ont également été élaborés et mis à disposition des acteurs intervenant à domicile non spécialisés afin de les aider à identifier des situations relevant potentiellement de l'indignité et les signaler.

Chaque année, l'ARS finance des promoteurs qui portent au niveau local des actions de prévention et de promotion de la santé via un appel à projet. **En 2015, 27 actions ont été financées sur le champ de l'habitat pour un montant total de 513 400 €.**

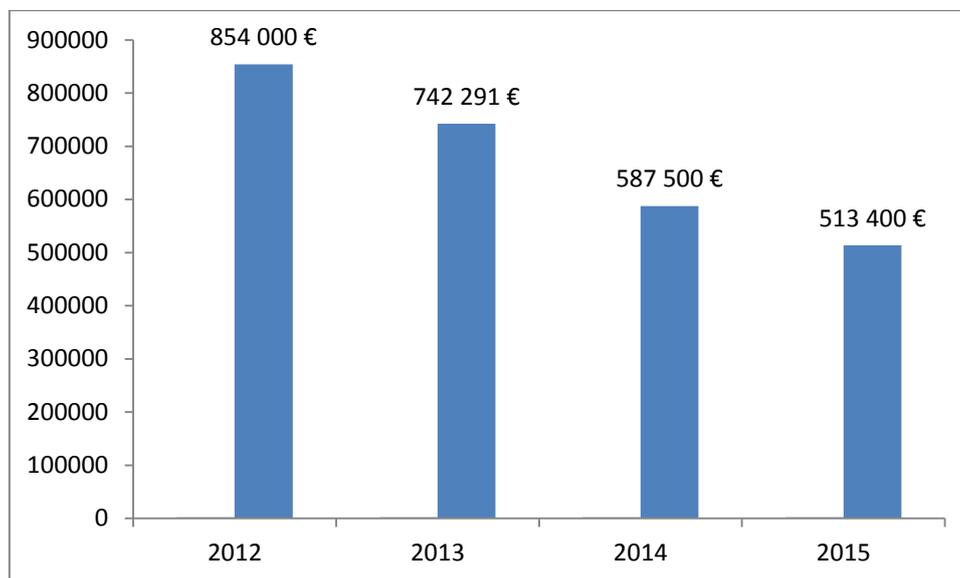


Figure 3 : Montants alloués au financement des actions de prévention dans le champ de l’habitat entre 2012 et 2015

L’implication de l’Agence dans des dispositifs innovants

La lutte contre l’insalubrité s’envisage non seulement à l’échelle du logement ou de l’immeuble, mais également à des échelles plus vastes (copropriété, îlot, quartier) permettant en s’appuyant sur les outils réglementaires, de porter à plus long terme une politique d’aménagement favorable à la santé.

Un appel à projets régional a été mis en place conjointement par l’ARS et la DRIHL en 2014 à l’attention des collectivités territoriales (commune et communautés d’agglomération) pour promouvoir une stratégie urbaine de lutte contre l’habitat indigne. 19 territoires ont été retenus dans le cadre de cet appel à projet : 17 d’entre eux ont signé une convention en 2015 pour la mise en œuvre de leur projet avec l’État, l’ARS et l’Anah.

L’Agence est également largement investie depuis 2015 dans le déploiement des Opérations de Requalification des Copropriétés Dégradées (ORCoD). Ces nouveaux dispositifs ont été introduits par la loi ALUR et ciblent de grosses copropriétés (allant jusqu’à 5000 logements dans le cas de Grigny II par exemple) cumulant des difficultés d’ordre structurelles, sociales, sanitaires, etc. pour lesquelles les interventions publiques antérieures n’ont pas permis une amélioration significative de la situation. Ce nouveau cadre d’intervention doit permettre de mieux coordonner l’intervention publique sur les différents facteurs de dégradation des copropriétés, de la réhabilitation du bâti, au portage immobilier, en passant par des actions d’aménagement ou de lutte contre l’habitat indigne.



La dimension sanitaire est déclinée à travers 3 axes : la mise en place des mesures de police sanitaires sur les logements concernés, la mobilisation des professionnels de santé agissant sur le territoire et la promotion d'un aménagement urbain favorable à la santé.

L'ORCoD de Clichy-Sous-Bois

La commune de Clichy-sous-Bois est l'une des communes franciliennes ayant les indicateurs de santé les plus dégradés : une faible espérance de vie à la naissance, prévalence élevée de cancer et de diabète, et forte mortalité prématurée. L'indice de développement humain (IDH2) de Clichy-sous-Bois est le plus faible de la région Île-de-France (0,23 contre 0,57). Le quartier du Bas-Clichy est emblématique de cette situation, avec l'identification d'un contexte spécifique : conditions d'hygiène dégradées, avec une facilitation de transmission de maladies épidémiques évidentes dues à la promiscuité et qui ont été analysées comme à l'origine de la multiplication - sans équivalent métropolitain récent au plan national - des cas de tuberculoses survenus en 2011. Cette caractérisation sanitaire, convergente avec une caractérisation sociale spécifique (surpopulation majeure, présence de marchands de sommeil massive, paupérisation extrême), et des difficultés urbaines (enclavement, dégradation des espaces publics) ont conduit à un diagnostic double de concentration massive de difficultés intriquées.

L'ORCoD de Clichy-Sous-Bois cible le quartier du bas Clichy qui concentre 1/3 de la population de la ville, soit environ 10 000 habitants. Ce quartier bénéficiera d'actions ciblées ou préventives, d'opérations d'aménagement, de dispositifs de veille, etc. Les deux plus grandes copropriétés du quartier le « Chêne-Pointu » et l'« Étoile du Chêne Pointu » (environ 1500 logements) se trouvent dans la situation la plus sensible avec des situations d'habitat indigne relevant à la fois de l'insalubrité et de la sur occupation. Elles constituent le secteur cible de l'opération et bénéficieront d'actions structurelles plus importantes, dont en particulier des opérations de portage immobilier massif.

La prise en compte de la lutte contre l'insalubrité dans la politique territorialisée de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) mis en place à partir de 2011, constituent un outil participatif de consolidation au niveau local, du partenariat entre le Maire et l'ARS sur des enjeux sanitaires. Il se caractérise par un pilotage unifié des actions visant à réduire les inégalités de santé, dont font partie les actions de lutte contre l'habitat indigne. A ce jour, parmi les 65 contrats locaux de santé, 46 incluent des axes d'intervention sur l'habitat indigne, insalubre ou dégradé.



LA PREVENTION DU SATURNISME INFANTILE

Les situations relevant d'une exposition au plomb peuvent être signalées à l'ARS par deux entrées :

- une entrée dite « sanitaire » : le saturnisme infantile est une maladie à Déclaration Obligatoire (DO), l'ARS est donc tenue informée de tout nouveau cas. Lorsqu'un cas de saturnisme est déclaré, une enquête environnementale est diligentée pour identifier les sources d'intoxication en cause. Sur la base de l'avis émis par le Haut conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2014 recommandant de réduire les expositions au plomb au plus bas niveau possible - des effets nocifs du plomb sur la santé ayant été démontrés pour des plombémies inférieures à 100 µg/L chez les jeunes enfants, les adolescents, les adultes et la femme enceinte – le seuil de déclaration obligatoire a été abaissé à 50 µg/L en 2015.
- une entrée dite « environnementale » (signalements de particuliers, Constat de Risque d'Exposition au Plomb (CREP), etc.).

Lorsqu'une source d'exposition au plomb est identifiée, une injonction est adressée au propriétaire du logement (ou de l'immeuble) spécifiant les prescriptions à mettre en œuvre afin de traiter la situation et le risque d'exposition au plomb de manière pérenne.

Entre 2011 et 2014, 314 cas de saturnisme infantile ont été identifiés en Île-de-France. Pour chacun d'entre eux, les DD-ARS ont mis en place un accompagnement spécifique auprès de la famille avec notamment le suivi sanitaire et la réalisation d'une enquête dans l'environnement de l'enfant afin d'identifier les sources potentielles d'exposition au plomb.

Ces enquêtes ainsi que le signalement ayant une origine « environnementale » ont conduit les équipes des DD-ARS et des services des Préfectures de département à prendre des procédures pour que des travaux soient engagés pour supprimer le risque ; ainsi, entre 2012 et 2014, plus de **1956 familles qui vivaient dans des immeubles présentant un risque d'exposition au plomb ont vu leur situation traitée.**

L'ARS s'est largement mobilisée entre 2011 et 2016 sur la mobilisation des prescripteurs de plombémie. Une lettre d'information a ainsi été diffusée à 2 300 professionnels de santé prescripteurs de plombémie en 2013 en s'appuyant sur le comité de pilotage du Système de Surveillance du Saturnisme Infantile en Île-de-France (SSSILF). Au niveau local, des actions de sensibilisation ciblées ont été mises en place par l'ARS : organisation de journées d'échange organisées à l'attention des professionnels du secteur sanitaire, social et de l'habitat, courriers de sensibilisation des médecins de PMI et des sages-femmes, formations, etc.

Part du nombre de plombémies réalisées par département en 2014 en Île-de-France

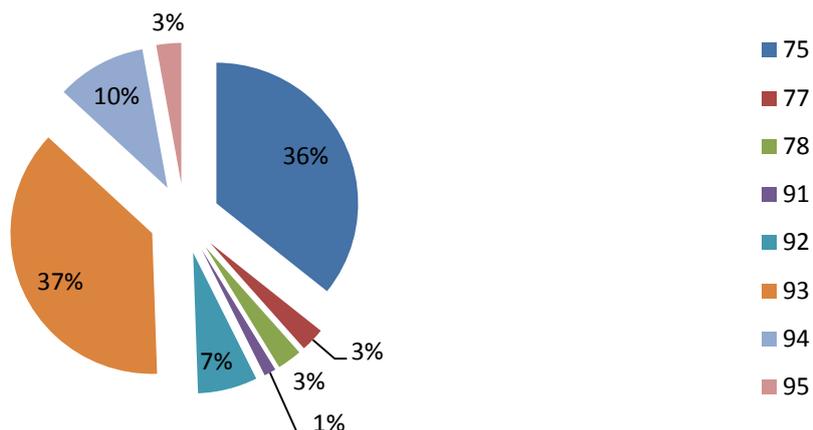


Figure 3 : Part des plombémies prescrites par département en 2014

Au total, on constate un double résultat :

- une baisse importante de l'incidence des plombémies supérieures à 100, qui témoigne assurément d'un succès important des actions de prévention, de réduction des expositions, de dépistage ;
- mais des irrégularités dans la mise en œuvre du dépistage, mises en exergue par les récents travaux de la CIRE.

LA REDUCTION DES CONSEQUENCES SANITAIRES D'UN DOMICILE MAL CHAUFFE

La prévention des intoxications au monoxyde de carbone

Chaque année, entre 450 et 750 personnes sont victimes d'une intoxication au Monoxyde de carbone en Île-de-France, sans qu'il soit possible de dégager de tendance à la baisse ou à la hausse sur la période que couvre le PRS. En effet, le nombre d'intoxications est très dépendant de la variabilité météorologique et les variations constatées sur la période considérée peuvent en grande partie être expliquées par ce facteur.



L'ARS œuvre à l'amélioration constante du système de surveillance, de la prise en charge de ces intoxications et de la connaissance des moyens de prévention. Pour ce faire, l'Agence remobilise chaque année les acteurs de la lutte contre les intoxications au monoxyde de carbone et communique sur les gestes de prévention. La surveillance en Île-de-France a notamment permis de détecter l'émergence d'un phénomène spécifique à la région : l'augmentation massive depuis 2013 du nombre d'intoxications dues à l'utilisation de braséros qui a conduit à la mise en place d'actions spécifiques.

Ainsi, entre 2011 et 2015, 2 objectifs principaux ont été poursuivis :

- l'amélioration de la prise en charge des intoxications : l'ARS a notamment mis l'accent auprès des partenaires de santé sur la détection et le suivi des éventuelles séquelles des intoxications au Monoxyde de carbone ; De même, la prise en charge environnementale des intoxications a été harmonisée au niveau régional ;
- la lutte contre les inégalités de santé : l'ARS a par exemple engagé une action de communication auprès des publics très précaires pour sensibiliser sur les dangers de l'utilisation de braseros.

La précarité énergétique et son impact sur la santé

La lutte contre la précarité énergétique est encore un domaine émergent. Plusieurs études depuis 2011 sont à noter. Elles portent à la fois sur les aspects sanitaires, telle que l'étude sur l'état des connaissances et situation en Île-de-France en matière de précarité énergétique et santé, publiée en 2014 par l'observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France, comme sur l'appropriation de la prise en charge de la précarité énergétique par les acteurs sociaux.

624 000 ménages déclarent souffrir du froid dans leur logement en Île-de-France, et plus de 360 000 consacrent plus de 10 % de leur revenu à l'énergie.

La lutte contre les effets sanitaires de la précarité énergétique passe principalement par le financement de travaux de rénovation, gérés par des administrations partenaires et des opérateurs de la rénovation énergétique. L'ARS Île-de-France sensibilise régulièrement les partenaires de la lutte contre la précarité énergétique sur ses effets sanitaires lors d'ateliers. Certaines de ces aides sont spécifiquement dédiées aux familles financièrement vulnérables.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

La lutte contre l'habitat indigne est par essence constitutive de la réduction des inégalités sociales de santé par :

- La population ciblée (populations en situation de vulnérabilité sociale)
- L'action sur l'environnement des personnes (amélioration de l'environnement de vie dans le logement)
- La mise en place de dispositifs d'accompagnement (sanitaire et social) avec une approche globale permettant de suivre les populations sur différentes dimensions.

D'un point de vue théorique, la mise en perspective globale des différents champs d'action (habitat insalubre, dangereux, saturnisme, précarité énergétique) inscrit cette approche dans une logique de réduction des ISS et non uniquement de lutte contre l'exclusion : ceci en raison de l'ampleur des logements concernés en Île-de-France

L'un des risques de cette action est cependant sa possible contribution aux processus de gentrification. Il n'y a pas de mesure claire de ce possible impact. On notera cependant que :

- L'articulation des processus de lutte contre l'habitat indigne, le saturnisme, la précarité énergétique, avec les dispositifs de soutien aux personnes de type DALO ou PDLPD est présumée prévenir les dispositifs d'éviction à l'échelle de la famille ;
- Les conséquences à moyen terme, en matière d'équilibres socio-populationnels, sont moins documentées à l'échelle régionale.

Analyse des freins et leviers

La lutte contre l'habitat indigne représente un véritable travail partenarial, mobilisant un nombre conséquent d'acteurs à tous les niveaux, avec des enjeux et des modalités d'intervention différents. L'articulation entre les différentes politiques publiques (logement, santé, social) et les modalités d'intervention de chacun n'est pas toujours évidente et nécessite un véritable travail de fond pour les faire converger.

En outre, l'Île-de-France souffre de véritables inégalités territoriales : certains départements sont ainsi particulièrement confrontés à la lutte contre l'habitat indigne, avec un nombre très conséquent de situations à traiter, avec parfois un manque de fluidité dans les circuits (Coderst embouteillés par exemple).

Enfin, ces dernières années, on constate que les formes d'atteinte à la santé liées à l'habitat se diversifient, et pour une part se complexifient en prenant différentes formes : l'habitat insalubre classique, les situations de grand surpeuplement, l'exposition à des risques spécifiques comme le plomb ou le monoxyde de carbone, les coupures d'eau potable, les copropriétés dégradées, la précarité locative, l'exposition au froid, et bien sûr les bidonvilles sont des situations auxquelles des milliers d'habitants sont exposés. Cela nécessite une vigilance constante pour identifier ces nouvelles formes d'atteinte à la santé et une adaptation pour les prendre en charge.

Différents leviers permettent d'agir :

- Le renforcement du contrôle des logements identifiés comme étant insalubres en coordonnant les interventions des collectivités et du Préfet, en renforçant le contrôle de la mise en œuvre des prescriptions requises par les mesures de police, en généralisant les actions d'accompagnement sanitaire et social des occupants en difficultés spécifiques et en assurant la continuité entre les procédures mises en œuvre par l'ARS et les mesures de relogement ;
- Le développement de programmes de promotion et de prévention de la santé ;
- Le renforcement de la capacité des acteurs de santé à détecter les pathologies liées aux logements et à mobiliser les familles ;
- La territorialisation des actions, avec notamment la prise en compte de la problématique de l'habitat dans les contrats locaux de santé ;
- Le renforcement des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne pour une meilleure articulation entre les interventions des acteurs.

Perspectives

La problématique de l'habitat et son impact sur la santé physique et psychique représente un véritable enjeu de santé publique et un axe majeur de travail pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Afin de mieux prendre en compte l'impact sanitaire des conditions d'habitat, plusieurs axes pourront être portés :

- L'amélioration des connaissances scientifiques de l'impact sur la santé de l'habitat et la mise en place d'indicateurs permettant un véritable suivi des bénéfiques en termes de santé des interventions réalisées : que ce soit au niveau national ou régional, les données chiffrées sont insuffisantes pour permettre de quantifier l'impact sanitaire, et pour mesurer les bénéfiques apportées par les actions de préventions mises en place.
- Un renforcement de l'articulation des politiques publiques : la lutte contre l'habitat indigne représente par définition un travail multi partenarial, porté par différents Ministères et à conduire à différents échelons. Un renforcement de la coordination entre les différentes politiques publiques (par exemple via les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne) sera à porter.
- La mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale contre le saturnisme avec notamment l'abaissement du seuil de saturnisme infantile et la mesure de son impact en termes de santé publique.
- L'identification des nouvelles formes d'habitat dégradé sur le territoire francilien et leur prise en charge.
- Une meilleure prise en compte de l'impact sur la santé de certaines conditions de vie : la question de la précarité énergétique et l'impact sur la santé des occupants qui y sont confrontés et un sujet insuffisamment pris en compte actuellement et qu'il faudra renforcer et documenter. Par ailleurs, les conditions d'occupation du logement, et notamment la question de la sur-occupation et son impact sur la bâti et la santé représente un véritable enjeu en Île-de-France.
- Le développement et la structuration du métier de Conseiller médical en environnement intérieur : dispositif complémentaire à l'action de l'ARS qui permet de cibler les populations défavorisées et d'avoir une entrée « santé » via un signalement des professionnels de santé.

Éléments connexes du bilan

Fiche bilan « CLS »

⇒ *Prendre en compte l'impact des migrations et faire face à de nouveaux enjeux dans la prise en charge des migrants*

La santé des personnes migrantes et réfugiées³

Le contexte, et l'approche globale de la question

La question de la prise en charge et du parcours de soins des personnes migrantes était abordée dans le PRS essentiellement sous deux angles : celui du PRAPS et celui des inégalités sociales.

Ainsi, il est considéré que chacune des actions « de droit commun » en termes de prévention ou de prise en charge devait s'attacher à répondre spécifiquement aux caractéristiques – notamment de vulnérabilité, de pauvreté, de ségrégation, ou d'autres obstacles, qui pénalisent l'état de santé de ces franciliens.

Le tableau ci-dessous donne un certain nombre d'indications sur l'effectivité de cette approche.

Type d'actions	Indicateur	Résultats	Commentaires
Intervention de prévention globale en FTM	Nb de foyers concernés par une intervention	En 2015 : 38 FTM et 53 RS ont été ciblé par des actions de prévention, elles ont concerné environ 11 000 résidents. 75 (7RS) ; 77 (1FTM/ 7RS) ; 78 (8FTM /12RS) ; 91 (10FTM/ 4RS) ; 92 (2FTM/ 3RS) ; 93 (6FTM/ 6RS) ; 94 (5 FTM/ 9RS) ; 95 (6FTM/ 4 RS).	Le nombre de FTM concernés par une action PPS est sans doute supérieur à celui affiché car les lieux d'intervention ne sont pas toujours bien précisés dans les dossiers.
Prise en charge par les PASS	Nb de personnes étrangères prises en charge par les PASS, ou % / au total	Données 2014 sur une file active d'environ 23500 personnes – Etrangères à 81% : 11% Europe hors UE ; 13% Maghreb ; 33% Afrique ; 10% Asie ; 1% Autre.	La tendance 2015 semble être très proche de cette répartition (résultats Juillet 2016)

³ Dernière mise à jour : Septembre 2016

Dépistage VIH	Taux d'évolution du nombre de DO VIH à un stade tardif chez les personnes nées à l'étranger de 2010 à 2014	Hommes hétéro : - 27% Femmes hétéro : - 20%	La proportion de DO VIH à un stade tardif est passée de 2010 à 2014 : Hommes hétéro : de 45,5% (668) à 36,3% (614) ; Femmes hétéro : de 33,9% (826) à 28% (800)
Prise en charge globale	Structures spécifiques soutenues	Données 2014 : près d'une quinzaine de structures spécifiques soutenues par l'ARS (COMEDE ; IKAMBERE ; AFRIQUE AVENIR ; URACA ; ...)	

Ces données ont une valeur illustrative ; mais de façon générale, il est possible de considérer qu'en Île-de-France la santé des migrants est une préoccupation présente de façon significative dans la conduite des politiques publiques de santé.

L'émergence de deux approches spécifiques

Au cours du PRS, deux questionnements majeurs sont venus percuter la réflexion de l'Agence, et ont nécessité la mise en place de programmes ad hoc. Il s'agit de deux questions pour lesquelles l'approche « de droit commun » ne permettait pas de répondre aux besoins spécifiques, et aux contraintes institutionnelles ou réglementaires, et pour lesquelles l'enjeu populationnel et sanitaire était majeur.

Ces deux approches se distinguent par leur cadre politique et juridique, et en ce qui était attendu de l'Agence. Mais elles révèlent, chacune à leur manière, l'ampleur des enjeux portés par la santé des migrants les plus fragiles, les plus en danger.

De ces deux actions, il est proposé ici de rendre compte, également en ce que leurs conclusions vont ouvrir débat pour le futur PRS.

Accueil des réfugiés

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Mise en place d'un bilan infirmier d'orientation qui apparaît tout à fait pertinent.*
- *Un besoin qui concerne désormais des milliers de personnes.*
- *Des réponses ad hoc qui font la preuve de leur nécessité, mais ont du mal à suivre la montée des demandes.*
- *Une passerelle avec la prise en charge de droit commun encore insuffisamment fluide.*
- *Un travail prioritaire à mener sur l'accès aux droits.*

Le contexte

Arrivée, à compter du troisième trimestre 2015, d'un grand nombre de migrants ayant vocation à demander l'asile à la France ou souhaitant poursuivre leur périple vers un autre pays (augmentation de 25% du nombre de demande d'asile en 2015).

Une partie de ces migrants doivent arriver sur le sol français dans le cadre d'un Plan Européen visant à une « relocalisation » équitable des demandeurs (quota de 30700 migrants sur deux ans au plan national).

Par ailleurs des migrants sont déjà présents sur la région, parfois depuis des mois, ou arrivent par des voies non officielles (recours à des réseaux de passeurs et initiatives individuelles).

L'essentiel des populations concernées proviennent des situations de conflits et guerres civiles du Moyen-Orient (Irak, Syrie), d'Afrique (Soudan, Erythrée, Ethiopie, Congo,..) et d'Asie (Afghanistan en premier lieu).

Le Préfet de Région a fortement demandé à l'Agence d'être active en matière d'action de santé en faveur des migrants.



Ce que prévoyait le PRS

Le schéma régional de prévention n'avait pas fixé d'objectif spécifique en direction de ces populations, au-delà des actions globales en direction de migrants ou des actions du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Ce qui a été réalisé

Les objectifs de l'action de l'Agence ont été déterminés ainsi :

- 1- Prise en charge en santé mentale par mobilisation prioritaire, selon les contextes locaux, des EMPP et CUMPP.
- 2- Mise en place d'un bilan d'orientation infirmier dans les jours suivant l'arrivée dans les centres d'hébergement.
- 3- Médiation et accompagnement sanitaire de moyen terme en particulier en cas d'émergence de nouveaux campements de rues.
- 4- Suivi épidémiologique des besoins des migrants sur la base des bilans d'orientation.
- 5- Assistance à l'ouverture des droits à l'assurance maladie des migrants et suivi de l'activité des PASS.

PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

Les Délégations Départementales ont assuré le lien entre les centres et les services de psychiatrie compte tenu de demandes liées aux psychotraumatismes des réfugiés.

Les attentats du 13 novembre 2015 en entraînant une forte mobilisation des CUMP de l'ensemble de la région ont perturbé l'organisation prévue.

MISE EN PLACE D'UN BILAN D'ORIENTATION INFIRMIER

Des conventions ont été passées avec le Samu social de Paris (pour Paris) et la Croix Rouge Française (pour le reste de l'Île-de-France) pour un coût global de 78 790€ dans un premier temps (octobre 2015 - mars 2016, compte tenu des délais de mise en place des équipes – cf. annexe 6).

Après une phase d'arrêt faute de financements, les bilans ont repris en juin 2016.



Le problème majeur, pour l'ensemble des acteurs publics, a été celui des volumes considérables des hébergés issus des campements de rues et squats qui ont entraîné un débordement du système, conçu pour traiter de l'arrivée de groupes de migrants de quelques dizaines (exemple des migrants venant d'Allemagne) et pas par centaines hébergés suite à l'évacuation d'un squat.

Au 30 juin 2016, près de 1 800 comptes rendus de bilan avaient été adressés à l'Observatoire du Samu social.

MEDIATION ET ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE

Suite à un signalement du maire de Saint-Denis, l'Agence a mandaté l'association Première Urgence Internationale (PUI) pour une évaluation sanitaire d'une population essentiellement afghane vivant dans les issues de secours des autoroutes A1 et A86. Il s'agit d'une population parfois présente depuis longtemps (demande d'asile en cours).

SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE DES MIGRANTS

L'Observatoire du Samu social de Paris a réalisé une première exploitation sur la base de 845 dossiers. Ces premiers résultats, sont très intéressants tant au plan des pathologies que des statuts AM. Des orientations sanitaires ont été faites pour les $\frac{3}{4}$ des personnes validant l'intérêt pour le bénéficiaire. L'annexe 6 donne les principales conclusions des premières analyses.

SUIVI DE L'ACTIVITE DES PASS ET OUVERTURE DES DROITS

Dans l'attente de la reconnaissance des droits CMU du demandeur d'asile, la PASS hospitalière est le mode d'accès standard aux soins. Les délégations départementales ont veillé à identifier et régler des dysfonctionnements.

Par ailleurs, l'agence a fait communiquer par la PRIF à l'ensemble des centres d'hébergements les coordonnées nominatives de correspondants dans chaque DD et chaque CPAM.

Il reste sans nul doute des marges de progrès importantes pour l'ouverture des droits.

Quelle analyse des effets ?

Le dispositif a été mis en place dans l'urgence dans un double contexte d'une part de crise internationale avec une arrivée massive de migrants non prévue et d'autre part la volonté préfectorale de mettre fin à la situation des squats et campements de rue en offrant un hébergement digne à tous ceux souhaitant déposer une demande d'asile.

Il est difficile d'évaluer un dispositif qui a dû faire face à un double phénomène dont l'ampleur était, par définition, mal connue.

Les opérations successives d'évacuations massives des campements à totalement mis à mal un projet construit sur l'idée d'une intervention sur des flux régulés. Les opérateurs chargés de réaliser les bilans infirmiers ont constaté que l'adhésion des gestionnaires de centres et la participation des réfugiés étaient liées à la rapidité de l'offre.

Quelle prise en compte des ISTS ?

Il n'y a pas de prise en compte spécifique des ISTS dans cette action qui est intégralement tournée vers un public en grande difficultés sociales.

Analyse des freins et leviers

Trois freins à l'action doivent être mentionnés :

- **La non connaissance des volumes de population.**

Le scénario initialement prévu était d'une quinzaine de cars de réfugiés à accueillir. En fait près de 5000 personnes sont passées parfois très brièvement dans les centres d'accueil et d'orientation.

→ L'incertitude sur les volumes et surtout le rythme des flux pose problème.

- **La question des temps et coûts de traduction.**

Dans l'attente d'un public provenant de Syrie-Irak, l'idée d'une capacité à communiquer en anglais et en arabe littéraire était correcte. Dans les faits, le public a été beaucoup plus divers.

La nécessité du recours à un traducteur extérieur neutre (vu les sujets abordés) induit un double coût d'emploi du traducteur et d'allongement du temps du bilan.

→ Il faut dans les faits considérer que la majeure partie des bilans d'orientation se fait avec intervention d'un tiers traducteur (ce qui fait plus que doubler le coût d'un bilan en français).

Par ailleurs, dans le recours aux dispositifs de soins (PASS, centres de santé, médecins libéraux,...), la question du besoin de traduction est très prégnant.

- **L'insuffisante information en amont des dates d'évacuation**

Perspectives

La situation francilienne d'une part, l'évolution géopolitique internationale d'autre part convergent : la question des réfugiés et migrants récents va rester dans les années à venir un enjeu sanitaire majeur.

Dans ce contexte, les premiers résultats des bilans infirmiers d'orientation réalisés depuis la fin d'année 2015 démontrent de l'intérêt de la démarche tant en assurant un premier bilan rapide qu'une orientation immédiate si nécessaire, ainsi que celui du suivi épidémiologique des données.

Par ailleurs, la prise en charge doit désormais être pensée au long cours, la crise migratoire étant durablement présente en Île-de-France.

La question de l'implication d'une part des PASS, d'autre part des équipes psy (a priori EMPP et CUMP) est essentielle ; l'insuffisance de moyens psy sur certains départements de grande couronne pose problème pour des interventions qui peuvent être urgentes avant une trop grande dégradation.

Les réponses des CPAM ont été variables selon les territoires (en mettant de côté le cas exceptionnel des réfugiés venant d'Allemagne) : un maillage plus dense entre les centres d'hébergement et les CPAM doit être organisé, stable sur le long terme, ainsi que l'organisation de formations des personnels des centres.

Les avis sur les demandes de séjours pour raisons de santé

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *La mise en place d'un service unifié, avec une approche médicale fondée sur les données épidémiologiques et sanitaires.*
- *Une beaucoup plus grande équité du service rendu aux usagers.*
- *Un délai de traitement rapide.*
- *La préparation du transfert à une autre instance nationale.*

Le contexte

La législation prévoit que les personnes de nationalité étrangère peuvent demander une autorisation de séjour pour raison médicale. Cette autorisation est accordée par le Préfet après avis du médecin de l'ARS (MARS).

Jusqu'en 2014, le traitement de ces dossiers s'effectuait dans chacune des 7 délégations de l'Agence, hors Paris (avis médical émis dans le cadre de la Préfecture de Police de Paris selon un circuit spécifique).

Plusieurs constats ont été faits (y compris par le Défenseur des Droits) d'une inégalité de situation selon les départements, avec des délais de rendu des avis, mais aussi des proportions d'avis favorables qui différaient de façon majeure.

Ces inégalités avaient un impact considéré unanimement comme insupportable sur la vie d'usagers parmi les plus vulnérables.

Il a donc été décidé de mettre en place un service central mieux adapté.

Ce que prévoyait le PRS

Aucune action spécifique n'était explicitement décrite.

Ce qui a été réalisé

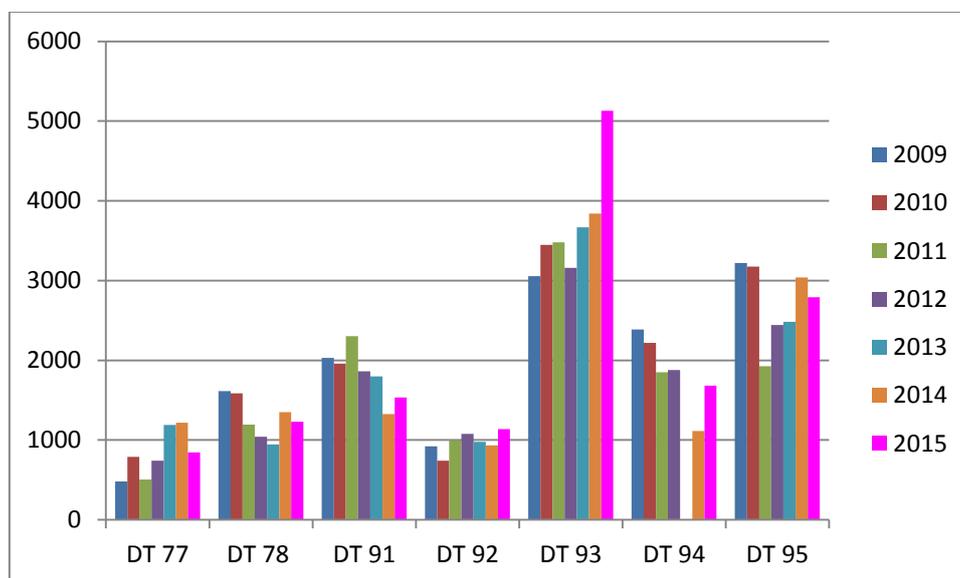
La mise en place du service ESEDA répondait à plusieurs objectifs pour ce qui est de la réponse au public :

- Harmoniser les avis rendus par les médecins sur l'ensemble de la région en les fondants sur une connaissance plus fine et mieux partagées des données de santé publique internationales.
- Délai de traitements des dossiers à raccourcir et à maintenir même pendant les congés.
- Mise en place de réponses aux demandeurs.

Des objectifs d'efficacité (améliorer le service rendu en optimisant les coûts) étaient également visés, même si conditionnés à l'amélioration du service.

Quelle analyse des effets ?

Le volume de dossiers traités est en croissance forte, dont témoigne le graphique suivant. **En 2015**, 14 468 personnes ont vu leur dossier traité par le service.



Les pathologies les plus représentées sont toujours les mêmes depuis plusieurs années et restent à un niveau stable :

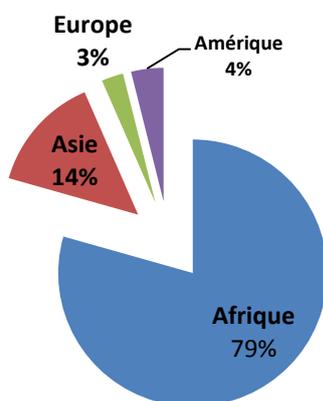
VIH : 17,5 % (18,3% 2014 - 18,5% 2013)

Psychiatrie : 14,5% (14% 2014 - 12,3% 2013)

Hépatites B+C : 10,4 % (7% 2014 - 12,3% 2013)

Diabètes : 9,3% (10,3% 2014 - 9,27% 2013)

Il en va de même, à quelques variations près, pour l'origine géographique des demandeurs :



L'appréciation de l'atteinte des objectifs est décrite pour la seule année 2015, puisque la création du service a été achevée fin 2014.

Harmoniser le traitement des dossiers

Cet objectif a été recherché à travers la mise en place d'une base bibliographique, de séances de formation et de confrontation de dossiers, de construction d'un consensus basé sur les données.

Le taux d'avis favorable par département est présenté ci-dessous (ne sont examinés ici que les avis initiaux, sans les reprises suite à demande de deuxième avis).

	PRÉF 77	PRÉF 78	PRÉF 91	PRÉF 92	PRÉF 93	PRÉF 94	PRÉF 95	TOTAL
Fav.	496 70,5%	637 62,4%	1081 76,6%	833 78,5%	3443 73%	1108 76,5%	1882 72,2%	9480
Défav.	208 29,5%	384 37,6%	330 23,4%	228 21,5%	1268 27%	341 23,5%	724 27,8%	3483



On voit que les variations sont nettement moins caricaturales qu'avant la création du service ; les variations résiduelles peuvent s'expliquer- au moins en partie- par des origines géographiques différentes des demandeurs.

Délai de traitement des dossiers

Ce délai n'est pas mesuré précisément. Cependant, il est possible d'affirmer sur une base empirique qu'il a été maintenu pour les départements où il était inférieur à un mois avant création du service, et considérablement raccourci pour les départements où des dysfonctionnements conduisaient à plusieurs mois de traitement. Aujourd'hui, la très grande majorité des avis sont rendus aux préfectures avant un mois, ce qui ne préjuge cependant pas du délai de rendu au demandeur lui-même.

Mise en place de réponse aux demandeurs

Trois demi-journées par semaine ont été mises en place avec double ligne. Ces demi-journées permettent de répondre à 100 à 150 appels par semaine environ. Il s'agit d'un mode de réponse au public qui n'existait pas dans la plupart des départements, et qui a été créé avec le service centralisé.

Perspectives

Le législateur a prévu que la mission soit transférée à l'OFII le premier janvier 2017. Les enjeux pour l'ensemble des acteurs de ce service public majeur sont donc désormais de créer les conditions d'un maintien et d'une amélioration continue de la prestation assurée en direction de milliers de personnes en grandes difficultés.



FAVORISER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PARCOURS DE SANTE

⇒ *Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance*

7 Périnatalité

⇒ *Poursuivre dans le cycle de vie la coopération avec l'ensemble des acteurs de l'enfance, adolescence et du jeune adulte*

8 Santé des jeunes

⇒ *Favoriser la coordination des acteurs œuvrant pour le bien être mental*

9 Santé mentale CLSM

⇒ *Poursuivre Stratégie de développement de l'ETP*

10 Education thérapeutique du patient

⇒ *Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance*

Périnatalité

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Le développement de plusieurs programmes exemplaires de santé publique dans le champ de la santé périnatale et de l'orthogénie :*
 - *FRIDA, la déclinaison régionale d'un projet favorisant l'accès à l'avortement.*
 - *un programme régional pour accompagner les nouveau-nés vulnérables et prévenir les troubles du développement.*
 - *RÉMI, la déclinaison territoriale d'un projet de réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis, à vocation ultérieure régionale.*
- *Des programmes plaçant la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur des préoccupations.*
- *Une place croissante donnée aux sciences humaines pour documenter les problématiques.*
- *La mobilisation des acteurs de la santé et des partenaires institutionnels autour des objectifs de ces programmes.*
- *Des démarches de santé communautaires promues.*
- *Des stratégies d'évaluation en cours.*
- *L'absence d'une stratégie explicite dans le champ de la contraception.*
- *Des résultats limités en matière d'entretien prénatal précoce.*
- *La participation des femmes et des familles encore trop limitée dans la mise en œuvre des programmes et le pilotage des actions*
- *Des interrogations fortes portées par la CRSA prévention sur les moyens aujourd'hui disponibles pour la PMI, considérée comme un dispositif à conforter prioritairement.*

Le contexte

Des inégalités de santé sont observées en Île-de-France en matière de santé périnatale.

Les taux de mortalité infantile et périnatale franciliens sont plus élevés que les taux nationaux. Cela s'explique en grande partie par la situation de la Seine-Saint-Denis qui présente des taux de mortalité infantile et périnatale 40% plus élevés que la moyenne nationale depuis le début des années 2000.

Le taux de prématurité, d'un peu plus de 7% des naissances vivantes, est lui aussi supérieur à la moyenne nationale (6.6%). Ce taux est également variable d'un département francilien à l'autre. La grande prématurité, des enfants nés vivants avant 33 semaines d'aménorrhée, concerne chaque année environ 2500 nouveau-nés dans la région.

A la population des grands prématurés, s'ajoutent les enfants hospitalisés en néonatalogie en période périnatale pour des pathologies sévères (ex : anoxie périnatale ; ...). Le nombre de nouveau-nés dits vulnérables sortant des services de néonatalogie est ainsi d'environ 3 000 par an. Les différentes études menées sur cette population, notamment l'étude EPIPAGE de l'INSERM, ont mis en avant la nécessité de mettre en place un suivi spécifique et précoce de ces enfants pour prévenir et prendre en charge leurs éventuels troubles du développement.

Environ 55 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont réalisées chaque année en Île-de-France, soit 25 % des IVG de France métropolitaine. Malgré cette activité importante en termes d'interruptions de grossesse sur la région, l'accès à l'IVG n'est pas garanti de manière égale sur l'ensemble du territoire. Les obstacles rencontrés par les femmes sont liés au manque d'information, aux distances géographiques, au manque de places dans les structures hospitalières, au non-respect du choix de la méthode, aux jugements moraux portés sur leur situation par certains professionnels de santé.

Ce que prévoyait le PRS

Le SRP prévoyait d'agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance :

- Renforcer l'accès à l'entretien prénatal précoce (EPP) ;
- Développer les compétences parentales et le soutien à la parentalité ;
- Soutenir des actions d'éducation pour la santé ;



- Mieux repérer, dépister, diagnostiquer et accompagner précocement les enfants porteurs de maladies chroniques et handicaps ;
- Renforcer la place et le rôle des services de PMI.

Ce qui a été réalisé

Les objectifs initiaux ont été principalement travaillés dans le **projet de Réduction de la mortalité infantile et périnatale (RÉMI)**, et le dispositif de **suivi des nouveau-nés vulnérables** promu par les réseaux de santé en périnatalité. On notera également le projet visant à **Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement (FRIDA)** étroitement articulé avec les objectifs du schéma de l'offre de soins, qui a contribué à répondre aux objectifs stratégiques du SRP.

L'objectif général est d'agir précocement pour améliorer l'état de santé des futures générations :

- **Limiter les grossesses non désirées :**
 - En favorisant l'accès à la contraception ;
 - En facilitant l'accès à l'IVG.
- **Agir en période prénatale pendant le suivi de grossesse :**
 - En améliorant l'accès aux soins notamment pour les femmes les plus vulnérables socialement (hébergement au 115) et/ou médicalement (pathologies de la grossesse) ;
 - En travaillant sur l'empowerment des femmes, des femmes enceintes et des jeunes mères ;
 - En favorisant l'accès à l'entretien prénatal précoce.
- **Agir en post-natal auprès des enfants les plus vulnérables pour leur donner toutes les chances de vivre sans handicap et limiter l'impact des inégalités sociales sur le niveau de développement des enfants**
 - En leur proposant un suivi médical rapproché et spécialisé jusqu'à leurs sept ans.
 - En offrant aux familles une prise en charge très précoce en psychomotricité.



LIMITER LES GROSSESSES NON DESIREES

- **En favorisant l'accès à la contraception**
- **En facilitant l'accès à l'IVG – Projet FRIDA**

Le projet FRIDA est articulé prioritairement autour des objectifs d'accès à l'information, de recueil de la parole des femmes, d'augmentation du volume, de la répartition et de la diversité de l'offre proposée, et de l'amélioration de la qualité des données disponibles sur ce domaine d'activité.

Le travail sur l'accès à l'information mené à la fois à travers le soutien financier au site internet IVGlesadresses et à la plateforme régionale téléphonique a porté ses fruits et semble répondre aux besoins des femmes.

Une démarche innovante a été lancée pour recueillir la parole des femmes et des professionnels sur la qualité des parcours IVG dans la région par le biais d'un questionnaire en ligne anonyme.

Les avancées en termes d'accès à l'IVG sont dues à la conjugaison de plusieurs actions :

- Le rappel de leurs obligations légales aux établissements de santé publics, enrichi d'objectifs régionaux spécifiques en termes de volume et de diversité de l'activité. Les outils utilisés ont été la rédaction d'un cahier des charges régional, la contractualisation, la réalisation d'audits, la mise en place de formations spécialisées.
- Le renforcement de la coordination des acteurs au niveau local grâce à l'implication des réseaux de périnatalité sur ce champ d'activité, et notamment la mise en place d'une astreinte des sages-femmes coordinatrices pour garantir l'accès aux soins dans le délai légal.
- L'anticipation des périodes de congés en sensibilisant les établissements de santé à la déclaration de leurs capacités d'accueil sur la plateforme FRIDA et en partageant entre professionnels un maximum de coordonnées sur les relais disponibles pendant les vacances.
- La réalisation d'une étude annuelle des données disponibles par l'Observatoire Régional de Santé.



AGIR EN PERIODE PRENATALE PENDANT LE SUIVI DE GROSSESSE

En améliorant l'accès aux soins notamment pour les femmes les plus vulnérables socialement et/ou médicalement

Mise en place de dispositifs spécifiques auprès des publics vulnérables :

- Un dispositif d'accompagnement des sorties de maternité et de néonatalogie jusqu'au domicile est expérimenté au Centre Hospitalier de Saint-Denis (93). Il concerne des familles en situation de vulnérabilité dont le nouveau-né a été hospitalisé, pour sécuriser le lien mère-enfant et organiser le relais avec les acteurs de la ville. Il concerne plus de 500 nouveau-nés par an.
- Une expérimentation a été initiée par le 115 en lien avec les maternités publiques de la Seine-Saint-Denis autour des femmes sans hébergement afin de les orienter plus précocement et de manière plus adéquate, en prenant en compte leur situation médico-psychosociale, au cours de la grossesse ou en sortie de maternité. Ce dispositif a concerné plus de 300 femmes en 2015, et 240 sur le premier semestre 2016.

Promotion d'actions de prévention ciblées :

Dans le cadre du projet RéMI, des actions de prévention et de promotion de la santé ont été mises en place dans des structures d'hébergement accueillant des femmes enceintes et des jeunes mères en partenariat avec la DRHIL. L'objectif est à la fois d'accompagner vers le soin des femmes enceintes hébergées mais aussi de leur faire bénéficier d'actions d'information sur la nutrition, le suivi de grossesse et la santé de l'enfant.

En travaillant sur l'empowerment des femmes, des femmes enceintes et des jeunes mères

L'introduction de la question de l'empowerment des femmes enceintes dans le cadre du projet RéMI auprès des professionnels de santé, notamment les médecins, vise à modifier la posture des professionnels dans la prise en charge des femmes lors de la grossesse. Les travaux de l'un des ateliers RéMI (atelier n°2, femmes actrices de leur grossesse : quels accompagnements ? quels dispositifs ? quelle mise en œuvre ?) devraient aboutir à la formalisation d'un cahier des charges pour favoriser la promotion d'approches en santé communautaire, collectives et participatives, permettant aux femmes de valoriser leurs savoirs expérientiels, en regard des savoirs des professionnels.



L'objectif est ainsi de développer l'empowerment des femmes dans le champ de la santé périnatale, de leur redonner une « capacité d'agir » sur leur prise en charge et de travailler en parallèle avec les professionnels pour leur donner les moyens d'accompagner les femmes dans ces postures et démarches nouvelles pour eux.

En favorisant l'accès à l'entretien prénatal précoce (EPP)

Un travail spécifique a été mené sur le renforcement de l'accès à l'EPP en lien avec les réseaux de périnatalité. Un des leviers actionné a été le développement de la formation, principalement des sages-femmes, à la pratique de cet entretien et la diffusion d'outils partagés de recueil des besoins des femmes et des orientations proposées par le professionnel.

L'impact de cette mesure est mitigé. Beaucoup de sages-femmes libérales, de PMI ou hospitalières ont été formées. Pour autant l'accès à cet entretien ne paraît pas plus facile, en particulier pour les femmes les plus vulnérables. Le principal frein identifié est la non information/incitation/orientation des femmes par les médecins vers la réalisation de cet entretien.

Deux raisons principales semblent émerger : le manque de conviction des médecins vis-à-vis de cette démarche centrée sur l'approche globale de la patiente et non médico-centrée, et la crainte d'une perte de patientèle après réalisation de cet entretien avec une sage-femme libérale (offreur principal).

Un des leviers restant à renforcer est celui de la demande des femmes. Si les femmes enceintes considèrent que cet entretien est un droit dont elles peuvent bénéficier, elles seront plus enclines à le réclamer aux professionnels de santé. Un travail d'information et de sensibilisation est à organiser pour toucher de nouveaux publics, notamment les femmes les plus éloignées du système de santé, sur cette question.

AGIR EN POST-NATAL AUPRES DES ENFANTS LES PLUS VULNERABLES

Projet nouveau-nés vulnérables

En Île-de-France, le réseau de santé pédiatrique du sud-ouest francilien (RPSOF) a expérimenté depuis 2007 la mise en place d'un suivi coordonné ville-hôpital des enfants vulnérables, basé sur un protocole de consultations périodiques, réalisées par des médecins dits pilotes, formés spécifiquement à la prise en charge de ces enfants.



Le suivi médical est proposé de manière privilégiée à proximité du domicile, à l'hôpital, en cabinet libéral ou en PMI et jusqu'aux sept ans de l'enfant.

Un dispositif de prise en charge précoce en psychomotricité a été développé pour certains de ces très jeunes enfants pour prévenir les risques de handicap, et accompagner les familles au moment du retour à domicile.

Ce modèle a été régionalisé progressivement et depuis le 1er janvier 2015, tous les territoires franciliens sont couverts par ce dispositif porté par les réseaux de périnatalité. La montée en charge reste progressive par la constitution d'une cohorte sur sept ans, et l'organisation d'un maillage local de médecins (pédiatres et généralistes) et de psychomotriciens.

Au 31 décembre 2015, il existait une file active de 6 800 enfants sur la région, dont 1 800 inclus en 2015. 80% d'entre eux sont des prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée. Le taux d'inclusion de ces nouveau-nés vulnérables (nombre inclus/ nombre d'enfants répondant aux critères d'inclusion) n'est encore toutefois que de 65%. La cible attendue est un taux d'inclusion de 80%.

La régionalisation de ce dispositif s'est appuyée sur le développement d'un volet pédiatrique au sein de chaque réseau de périnatalité (sauf Périnat 92 et Périnatif sud, leurs territoires étant couverts par les interventions du RPSOF). Ce modèle a été choisi, au détriment de celui s'appuyant sur un réseau unique régional, de manière collégiale et pour répondre au mieux aux objectifs de maillage territorial.

Toutefois, ce modèle implique la mise en place d'une instance de régulation régionale, jusqu'à présent animée par l'ARS, afin de garantir un développement homogène des réseaux de suivi dans les différents territoires. L'objectif est de conserver une harmonisation des protocoles et des prestations de soins offertes aux familles. Une vigilance permanente est nécessaire pour concilier adaptation au contexte local et respect du cadre régional.

Les ressources en pédiatrie étant rares, le dispositif s'appuie également sur les médecins généralistes.

Les ressources hospitalières en néonatalogie, calibrées sur le volume des naissances dans la structure, apparaissent quelquefois mal adaptées au volume d'enfants à suivre. Ainsi en Seine-Saint-Denis, où le taux de prématurité est élevé, mais où un tiers des naissances prématurées a lieu hors département, les services hospitaliers rencontrent des difficultés pour assurer le suivi de tous les enfants inclus dans le réseau, d'autant que les ressources

pédiatriques en ville sont rares et que le service de PMI est le seul de la région à ne pas participer au dispositif.

Un système d'information partagé a été mis en place dans le cadre du programme HYGIE, porté par le SESAN. Sa mise en production a été complexe, et a beaucoup mobilisé les équipes de coordination depuis 2014. Des évolutions seront nécessaires (V2), et seront travaillées en 2017-2018 afin d'intégrer de nouveaux éléments, comme ceux recommandés par l'étude médico-économique menée en 2015/2016 (ré-hospitalisations, critères de précarité...).

Projet système d'information en périnatalité et IVG

A l'occasion de l'élaboration du SROS IV, il avait été constaté que le système d'information périnatal souffrait d'un déficit de lisibilité et d'un manque de cohérence des différentes sources de données. Ce constat était national, et énoncé dans un rapport de la cour des comptes de février 2012.

En Île-de-France, les informations disponibles proviennent de plusieurs sources de données (INSEE, PMSI, SNIIRAM, PCS...) et plusieurs opérateurs en charge de l'exploitation et de l'analyse de ces données (ARS, PERINAT-ARS, ORS...).

L'enjeu du projet « système d'information en périnatalité et IVG » est donc à la fois de donner plus de cohérence à l'ensemble des démarches d'exploitation et d'analyse des données, et de proposer des outils d'aide à l'appropriation des informations par les acteurs et professionnels du champ de la périnatalité et de l'IVG.

L'ARS a confirmé ces 5 dernières années son soutien à la stabilisation d'un système d'information régional en santé périnatale, qui s'est traduit notamment par le renforcement de l'équipe PERINAT-ARS d'un poste de statisticienne (afin d'intégrer l'analyse qualité sur les données IVG et accompagner la régionalisation du dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables) et par la contractualisation d'objectifs sur ce domaine avec l'ORS. Un travail d'animation régionale a été menée par l'ARS pour mettre en synergie les différentes démarches d'exploitation de données et a pris la forme d'un groupe projet comprenant des représentants de l'ORS, l'équipe PERINAT-ARS et la direction de la stratégie de l'ARS (pour les données IVG). Les réflexions menées par ce groupe ont abouti à la production de plusieurs documents, notamment un tableau de bord des principaux indicateurs en santé périnatale et un rapport annuel sur les données IVG, dont la coordination scientifique a été assurée par l'ORS.

Par ailleurs, l'équipe PERINAT-ARS a été fortement mobilisée sur le projet de gestion des risques autour des césariennes programmées à terme et a produit des fiches analytiques de la situation de chaque établissement de santé concerné.

Actuellement, l'équipe PERINAT-ARS contribue à l'analyse de l'activité PMSI des maternités dans le cadre des travaux du bilan du SROS IV. Une démarche qualité renforcée sur les données PMSI a également été mise en place sur certains indicateurs. Elle peut être réalisée de manière automatisée par le renvoi d'alertes aux établissements de santé qui transmettent leurs données PMSI. Elle peut aussi prendre la forme d'un accompagnement rapproché des établissements comme dans le cadre du projet NEMOSI autour de la mortinatalité, s'inscrivant dans le cadre du projet de réduction de la mortalité infantile (RéMI).

Dans le cadre des dossiers de renouvellement des autorisations, les maternités ont été fortement incitées à participer au dispositif régional géré par l'équipe PERINAT-ARS en lien avec les réseaux périnataux et à participer à cette démarche qualité.

Par ailleurs, un comité de pilotage régional réunissant les présidents de comité scientifique des réseaux est réuni deux fois par an pour faire le point sur les indicateurs et outils mis à disposition des réseaux et des professionnels. L'objectif est d'améliorer les retours faits aux professionnels afin de leur permettre une appropriation des données et susciter la discussion sur les résultats produits par le PMSI.

Quelle analyse des effets ?

La non définition a priori des indicateurs d'évaluation ne permet pas d'évaluer les objectifs très généraux des programmes.

Toutefois, sur le champ de la périnatalité, il existe désormais un tableau de bord régional des indicateurs en santé périnatale publié annuellement par l'ORS qui pourrait être utile pour définir les indicateurs à suivre dans le cadre du prochain PRS.

Certains indicateurs, par contre, ne peuvent être recueillis en routine. C'est le cas pour le nombre d'entretiens prénatals précoces réalisés. Les réseaux de périnatalité mettent en place annuellement un recueil flash sur une journée en maternité sur une base déclarative par les femmes. Ce travail mériterait d'être consolidé et coordonné par l'ARS à l'avenir.



Un travail pourrait également être mené avec les 115 et SIAO de la région pour évaluer le nombre d'appels pour des femmes sortant de maternité et le traitement donné à la demande (types d'orientation...), sur le modèle du travail mené en Seine-Saint-Denis en partenariat avec la DD ARS et l'UT DRHIL

Dans le cadre des projets RÉMI et FRIDA des indicateurs d'impact ont tenté d'être définis. Ils sont d'ordre quantitatif et qualitatif.

La réussite du projet RÉMI repose sur l'atteinte totale ou partielle d'objectifs généraux relatifs à la réduction de la mortalité infantile et périnatale, à l'identification des facteurs de risque pouvant expliquer la surmortalité dans certains territoires, à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Des indicateurs peuvent alors porter sur l'impact des actions sur les pratiques des professionnels (par exemple mise en place des revues de morbi-mortalité et mobilisation des acteurs du territoire, élaboration de recommandations ou de protocoles de réseaux, ou encore formations des professionnels sur différentes thématiques, EPP, repérage des violences, accompagnement du deuil périnatal...).

Les indicateurs peuvent également concerner l'impact sur la population (taux de dépistage de la trisomie 21, taux de déclaration tardive de grossesse, taux des femmes n'ayant pas bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations de la HAS, mais aussi nombre de femmes ayant bénéficié d'actions de promotion de la santé dans des accueils de jour ou structures d'hébergement).

Enfin, l'impact du programme peut être suivi sur les partenariats (cofinancements d'actions, inscriptions d'actions périnatalité dans les contrats locaux de santé par exemple).

Dans l'exemple du programme FRIDA, les objectifs généraux portent les conditions d'accès à l'IVG, la diversité de l'offre, la coordination des acteurs et sur l'information des femmes.

Les indicateurs portent alors sur l'impact des mesures engagées sur la population (visites des sites dédiés, appels téléphonique et témoignages laissés), les pratiques des acteurs de santé, professionnels de la ville ou au sein des établissements (conventions signées, CPOM signés, proposition d'une offre diversifiée permettant le choix des femmes, prise en charge des recours tardifs et/ou procédures d'urgence, ...). Des indicateurs peuvent également mesurer l'impact sur les partenariats (notamment



en termes de mobilisation de la coordination des réseaux, utilisation de la plateforme FRIDA, établissements de protocoles territoriaux).

Globalement, l'ARS a su en santé périnatale se positionner comme institution ressource dans l'accompagnement de projets de santé publique et/ou dans la régulation de problématiques de santé (comme l'accès à l'IVG). De véritables relations de partenariat et de co-construction de projets et de dynamiques d'interventions sont nées et demandent à être poursuivies et/ou renforcées.

Quelle prise en compte des ISTS ?

La prise en compte des ISTS est centrale dans les différents projets menés en lien avec les objectifs du PRS :

- dans le cadre du projet RÉMI, les inégalités de santé initialement visées sont les issues de grossesses défavorables, mais la démarche concerne secondairement l'état de santé des femmes enceintes et l'accès au suivi de grossesse. Les inégalités territoriales visées sont liées à la domiciliation dans le territoire de la Seine-Saint-Denis (SSD). Le poids des déterminants sociaux dans ces issues de grossesse défavorables a été étudié dans le cadre d'un projet de recherche basé d'une part sur un audit des décès de mort-nés et décès néonataux en SSD, et d'autre part sur le suivi ethnographique de femmes enceintes en SSD. Les principaux déterminants sociaux repérés sont l'absence de droits ouverts à l'assurance maladie, les situations de violences et d'errance, les difficultés de compréhension du discours médical et la question de l'étaillage social par des paires (femmes, femmes enceintes). En outre, le poids des pathologies associées (obésité, diabète...), elles même très liées aux déterminants sociaux, est également très important sur les indicateurs de santé périnataux. Les leviers à activer sont multiples et nécessitent des mobilisations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (santé, social, hébergement, insertion...).

- dans le cadre du projet FRIDA, les inégalités de santé recouvrent principalement des inégalités d'accès aux soins entre les territoires franciliens. Les leviers actionnés sont de deux ordres : le renforcement de l'offre en volume et en diversité des méthodes proposées, la mise en place d'une coordination des situations les plus urgentes ou complexes. Le renforcement de l'offre a été travaillé à la fois dans le cadre d'engagements au CPOM liant les établissements de santé à l'ARS, mais également dans le cadre d'un programme d'audit régional. Une cible de 20% d'activité IVG par rapport à l'activité obstétrique a été clairement affichée, diffusée et rappelée par l'Agence auprès des structures hospitalières. L'engagement politique du directeur de l'Agence a permis de rendre visible l'action et le positionnement de l'ARS.

La mise en place d'une coordination des parcours complexes a été possible grâce à la mobilisation des réseaux de périnatalité sur ce sujet, et à la construction d'un partenariat étroit avec le Mouvement Français du Planning Familial. Durant l'été 2015, pour la 1^{ère} fois aucune situation de femme non prise en charge dans le cadre du délai légal n'a été signalée.

- dans le cadre du projet de suivi des nouveau-nés vulnérables, les inégalités de santé renvoient à la prématurité (plus fréquente en milieu défavorisé) et à ses conséquences à moyen et long terme (poids du milieu social sur le développement de l'enfant). En proposant un suivi médical renforcé et harmonisé à tous les nouveau-nés vulnérables, sur l'ensemble du territoire francilien, l'objectif est de limiter les risques de handicap liés à une problématique périnatale. L'évaluation médico-économique menée sur le dispositif en 2015-2016 conclut à la nécessité de suivre des indicateurs permettant de mieux appréhender le niveau social dans lequel évolue l'enfant, et ainsi s'assurer que le dispositif agit bien en faveur d'une réduction des inégalités de santé, ou pour le moins ne les aggrave pas.

Ce dispositif intègre une prise en charge précoce en psychomotricité, gratuite pour les familles, afin de limiter les pertes de chance et tenter de gommer les difficultés d'accès aux soins pour certaines familles, notamment à certaines structures spécialisées comme les CAMSP.

Analyse des freins et leviers

Les principaux freins rencontrés dans la mise en œuvre des actions en santé périnatale :

- La complexité à mettre en œuvre des changements de processus impliquant des professionnels de santé fortement surchargés.
- Des tensions sur la démographie de certains professionnels de santé impliqués (gynécologues-obstétriciens, pédiatres ...).
- La faiblesse des partenariats avec les services de PMI.
- La difficulté à financer des dispositifs innovants hors cadre fléché dans le FIR.
- La complexité à inscrire les projets périnatalité dans les logiques d'appel à projets prévention, et la complexité inhérente à l'instruction de ces dossiers.
- Les difficultés institutionnelles (le manque de transversalité en interne entre DSP et DOSM, insuffisance de moyens humains, ...).

Les principaux leviers utilisés dans la mise en œuvre des actions en santé périnatale :

- Les réseaux de santé en périnatalité sont le principal levier actionné pour la déclinaison territoriale des orientations définies par l'Agence
- Le positionnement politique du directeur de l'Agence et les discours de plaidoyer auprès d'autres institutions ou du ministère
- Les orientations nationales quand elles existent (ex plan IVG)

Perspectives

Le prochain PRS va s'inscrire dans un environnement hospitalier en pleine mutation. Les restructurations annoncées ou envisagées des maternités vont considérablement modifier les conditions d'accès aux soins périnataux. Si cette évolution se justifie pour des raisons de sécurité des soins (démographie médicale) et d'efficacité économique, l'enjeu pour le département périnatalité sera d'évaluer l'impact de cette restructuration sur les conditions d'accès aux soins, notamment pour les populations les plus vulnérables. La remise à plat du rôle des différents acteurs (maternité/PMI/ambulatoire ; sages-femmes/médecins...) est indispensable et la recherche de consensus sur les filières de prise en charge ville-hôpital est à valoriser. Les résultats de ces travaux devront être clairement affichés et diffusés auprès des professionnels.

Le prochain PRS devra également attacher une attention particulière au parcours de soins des femmes enceintes et sortant de maternité en situation de précarité et grande précarité. Leur nombre ne cesse de croître ces dernières années et les institutions se trouvent parfois démunies pour gérer ces situations particulièrement complexes médicalement et socialement.

Réorientations envisagées

RÉMI :

Les travaux menés dans le cadre du projet RÉMI en Seine-Saint-Denis devront se décliner sous forme de plans d'actions pérennes et pouvoir trouver écho dans d'autres territoires de la région. Les partenariats interinstitutionnels devront être maintenus et développés (assurance maladie, DRIHL, CAF...)

FRIDA :

Les efforts doivent être poursuivis au niveau local pour maintenir la dynamique engagée et le dialogue avec les établissements de santé.



Une attention particulière devra être portée au programme d'audits et aux suites données aux recommandations émises par le directeur général.

Les années 2016 et 2017 devront être consacrées au développement de la méthode d'IVG par aspiration sous anesthésie locale en établissement de santé et en centre de santé.

Une veille devra être mise en place pour accompagner les projets de restructuration des maternités dans le cadre du prochain plan régional de santé et évaluer l'impact sur l'offre IVG.

Nouveau-nés vulnérables :

Le dispositif va poursuivre son déploiement et son essor sur l'ensemble des territoires, avec une fin de montée en charge aux alentours de 2022.

Il s'enrichit de parcours complémentaires, comme celui relatif au dépistage de la rétinopathie du grand prématuré.

Par ailleurs, une démarche scientifique a été initiée en 2015 par l'ARS afin de travailler sur l'utilisation des données intégrées dans la base régionale, et sur l'introduction d'outils validés dans le suivi pédiatrique des enfants. Cette démarche est à consolider sur la base des retours d'expériences du réseau des Pays-de-Loire et des préconisations de l'étude médico-économique.

Projet système d'information en périnatalité et IVG :

La perspective actuelle est de mettre en place des bases de données enrichies et fiables autour des principales politiques de santé conduites par l'Agence (prématurité, mortalité, transferts, césariennes...).

Le comité de pilotage, ou autre instance de concertation type commission régionale de la périnatalité, restent à dynamiser pour améliorer l'utilisation des données produites et par là même la qualité des données saisies à la source.



Sujets émergents :

- Un travail sur l'accès à la contraception devra être lancé en 2017 pour compléter le travail mené sur l'accès à l'IVG.
 - Le focus sur les dispositifs de repérage et de prise en charge des violences faites aux femmes sera renforcé, la période périnatale étant facteur de risque de ces violences.
 - Une réflexion sur la promotion de l'allaitement et surtout sur les conditions de son maintien pourrait être menée, notamment pour les publics les plus vulnérables.
 - Un axe en faveur de la prévention et de l'accompagnement de la dépression du post-partum, problématique importante et sous traitée de santé publique, pourrait être développé également en lien avec la santé mentale dans le prochain PRS.
- ⇒ ***Poursuivre dans le cycle de vie la coopération avec l'ensemble des acteurs de l'enfance, adolescence et du jeune adulte***

Santé des jeunes

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *L'élaboration d'un cadre d'intervention régional concerté et partagé avec les partenaires de la Commission de Coordination des Politiques Publiques- Prévention : « le Projet Santé pour les Jeunes », comprenant un volet spécifique d'interventions vers ceux qui sont en difficultés : Jeunes accueillis en Mission Locales, présents dans les structures d'hébergement pour jeunes travailleurs (ALJT), en structures de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.*
- *Une visibilité des actions et une analyse des besoins encore trop imprécises, notamment à l'échelle locale.*

Le contexte

En comparaison des données nationales, le poids de la jeunesse est une caractéristique de la région Ile de France qui influe sur tous les domaines : 20% des jeunes de moins de 25 ans sont franciliens, soit 32,8% de la population d'Ile de France.

En Ile de France, 15,9% de la population vit en dessous du seuil de bas revenus (1021 euros mensuels par unités de consommation) soit 1 630 000 franciliens qui se trouvent en situation de pauvreté monétaire. Les enfants et jeunes à charge de moins de 25 ans sont davantage exposés aux difficultés économiques, avec une situation qui s'est aggravée depuis 2010. 22,5% des jeunes franciliens sont ainsi concernés contre 20,7% en 2010 (Source Ctrad/ CAF d'Ile de France).

Au niveau territorial, la Seine-Saint-Denis et Paris sont les deux départements franciliens qui enregistrent des taux de pauvreté de leur population âgée de 0-19 ans, 20/24 ans et 25/29 ans, les plus élevés (Source Insee).

Les difficultés des jeunes de 16/25 ans à s'autonomiser par l'emploi, l'accès au logement en font une tranche d'âge particulièrement touchée par les difficultés sociales et de santé. La crise a dégradé l'insertion sociale et professionnelle des jeunes déjà préoccupante. La part des jeunes de 18/25 ans non insérés, c'est-à-dire : ni en études, ni en formation, ni en emploi ni élèves et ni stagiaires rapportées à la population des 18/25 ans, selon leur lieu de

résidence est supérieure à 20% dans 5 départements franciliens sur 8. Elle est de 28% en Seine-Saint-Denis, 22% dans le Val d'Oise et de 21,1% en Seine-et-Marne (Source INSEE).

Trois éléments contribuent à expliquer cette situation :

- Un nombre élevé de jeunes qui quittent le système éducatif sans diplôme, soit environ 30000 jeunes chaque année en Île-de-France (statistiques du Ministère de l'Education Nationale).
- Un faible taux d'emploi des jeunes qui s'établit à 30% pour les 15/24 ans au niveau régional.
- Une insertion difficile dans l'emploi : trois ans après la sortie du système éducatif, un jeune actif sur cinq est toujours en recherche d'emplois.

Les jeunes sont neuf sur dix à se déclarer en bonne santé, mais celle-ci se conjugue avec une prise de risque importante, des comportements de consommation pouvant avoir un effet sur le capital santé, social, le développement futur et donc sur leurs chances de réussite.

Spécificités des comportements des jeunes de 15/25 ans en Ile de France (source Baromètre INPES 2010, extraction régionale par l'ORS) :

- **Produits addictifs** : L'Île-de-France se caractérise par la surconsommation notamment de cannabis (plus d'un tiers des 15/25 ans fument quotidiennement) avec des niveaux d'usage plus élevés que dans d'autres régions. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer des drogues, mais l'écart de consommation tend à se resserrer entre hommes et femmes chez les 15/24 ans.
- **Tabagisme** : il touche 1/3 des 15-24 ans, fumeurs réguliers. On note une tendance à une plus grande précocité de l'expérimentation, un rapprochement des comportements hommes/ femmes aujourd'hui au même niveau, de nouvelles pratiques inquiétantes d'alcoolisation telle que l'ivresse aigüe.
- **Surpoids et obésité** : la prévalence est plus forte dans la région Île-de-France et en augmentation (1 francilien sur 10 âgé de 12 à 18 ans est en excès de poids).
- **Sexualité** : le niveau de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG est plus important que dans les autres régions (18,1% chez les 15/29 ans contre 11,3%). Deux fois plus de rapports sexuels sont non protégés, avec en parallèle, des déclarations d'IST plus fréquentes que dans les autres régions.
- **Situations de mal être et de stress** : elles s'expriment par de fréquences plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicide par rapport à d'autres régions. La

proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a augmenté de 6 à 8% entre 1997 et 2005 en Île-de-France.

- **Facteurs aggravants : la précarité, les difficultés d'accès à la santé et aux soins** sont une réalité soulignée par les études, qui au-delà des comportements individuels influent sur les questions de surpoids, d'obésité, de conduites addictives, d'estime de soi, d'insertion sociale et professionnelle.

L'étude PRESAGE de l'INSERM (2011) montre un renoncement aux soins chez 31% des jeunes de 16/25 ans accueillis en Missions locales qui concerne d'abord les soins primaires (visite chez le médecin généraliste, le pharmacien) et à contrario un taux d'hospitalisation de 15% dans les 12 mois, soit 55% de plus que la moyenne dans cette tranche d'âge (étude SIRS 2010).

La 3^{ème} enquête nationale sur la santé LMDE/EPSE de 2010, sur un échantillon Île-de-France, indique que 23% ne disposent pas d'une complémentaire santé, un chiffre supérieur à la moyenne nationale (19%), plus d'un tiers dit avoir renoncé à consulter un médecin au cours de l'année précédente, dont 21% pour raison financière, 21% pour raison d'éloignement et 29% par manque de temps.

Ce que prévoyait le PRS

« Poursuivre dans le cycle de vie, la coordination, la coopération avec tous les acteurs pour les enfants, adolescents et jeunes adultes »

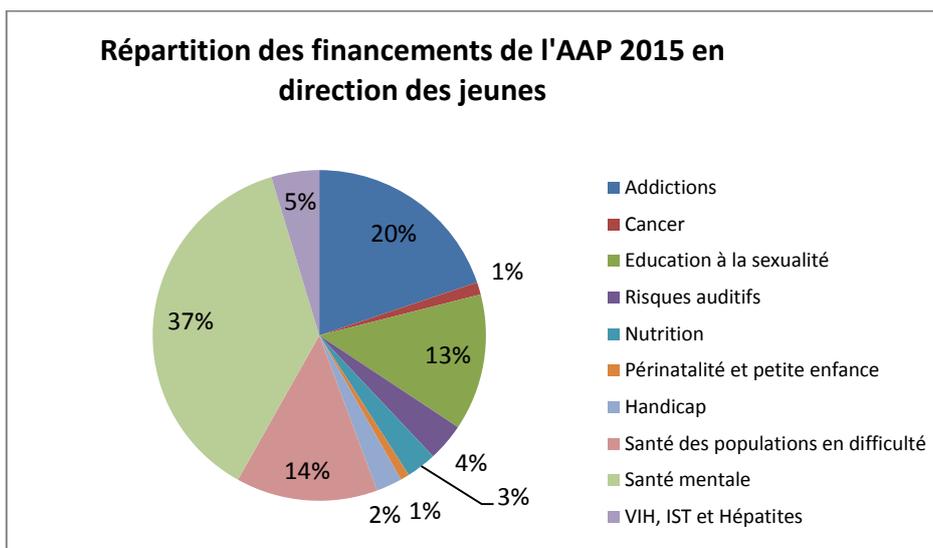
L'axe 3.2.2 vise l'objectif de réduire la reproductibilité des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et de privilégier les thématiques identifiées comme les plus problématiques : la nutrition (alimentation et activité physique), la santé bucco-dentaire, les addictions, la sexualité, les conduites addictives, la souffrance psychique, le dépistage des TSA (troubles spécifiques des apprentissages) et le risque auditif lié aux musiques amplifiées.

Un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, l'Education Nationale et les SIUMPPS est par ailleurs recommandé.

Ce qui a été réalisé

APPROCHE DES PRINCIPALES THEMATIQUES SOUTENUES DANS LE CADRE DE LA SANTE DES JEUNES

- La santé des jeunes représente un montant d'un peu plus de 4 millions d'euros pour les 6/25 ans, soit 20% de l'enveloppe dédiée à la prévention-promotion de la santé (hors structures pérennes).
- Elle mobilise un grand nombre d'acteurs : 163 sur 400 environ (dont 67% d'associations, 21% de collectivités locales).
- Les interventions se développent pour moitié sous forme de programmes de prévention collective (55%) devant la prévention individuelle (22%). 18% proposent une approche globale de prévention.
- 119 programmes sur 400 se sont déroulés en milieu scolaire et universitaire.



Approche des principales thématiques soutenues dans le cadre de la santé des jeunes :

Thématique	Caractéristiques des actions financées en 2015
Conduites addictives	<ul style="list-style-type: none"> - 84 programmes portés soit par des associations (82%) soit par des collectivités territoriales (16 %) pour un montant d'investissement de 800 000 euros. - 1/3 d'interventions en milieu scolaire ou universitaire, 1/3 dans les associations et le reste en milieu carcéral, sur les lieux festifs. - Une action sur deux renvoie à de la sensibilisation-information. - Le développement des compétences psychosociales est intégré dans 2/3 des actions. - 14% des actions ciblent certains produits comme l'alcool (7%) et le tabac (6%). - Plus de la moitié des actions (55%) se situent dans les territoires prioritaires dont l'IDH2 est < 0,52.
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions représentent 5% des actions financées, soit un peu plus de 90 000 Euros. -Elles sont portées à 51% par des associations, à 45% par les collectivités territoriales. - Ce sont essentiellement des interventions collectives visant la prévention du surpoids et de l'obésité via des approches de santé globale nutrition /activité physique dans le cadre scolaire ou extra-scolaire (centre de loisirs...). - des actions de formation/action en direction des professionnels sont aussi développées.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions représentent 38% des actions soutenues, soit un montant d'investissement de 1,5M d'euros. -Elles s'appuient sur le développement des compétences psychosociales en milieu scolaire et périscolaire et sur le repérage précoce de la souffrance psychique avec des consultations d'orientation.
Éducation à la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> -Les programmes représentent 13% des actions santé des jeunes et un montant de 542 800 euros. 5% de ces actions sont centrées sur les IST/VIH/ Sida/ Hépatites pour un montant de 188 900 euros. -Les actions visent l'information, l'accès à une contraception adaptée, la prévention des grossesses non désirées et des violences sexistes.
Éducation à la santé	<ul style="list-style-type: none"> -Les actions sont portées à 68% par des associations et à 32% par les collectivités territoriales.



BILAN

	<ul style="list-style-type: none">- Ce sont essentiellement des actions de prévention collective en milieu scolaire.- des actions d'information, de sensibilisation et de formations des professionnels intervenants directement auprès des jeunes sont développées.
--	---

QUELLE PRISE EN COMPTE DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE ?

Le projet stratégique santé pour les jeunes inclut un volet spécifique d'interventions concernant la santé des jeunes les plus en difficultés notamment ceux pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, accueillis au sein des Missions Locales ou dans les structures d'hébergement pour jeunes travailleurs. Ce projet acte également l'élaboration d'un tableau de bord concernant l'observation de la santé des jeunes, outil de pilotage des actions qui facilitera l'aide à la décision sur les projets.

Focus sur les interventions dans les Missions Locales pour l'Emploi (ML)

- En Île-de-France, 183 000 jeunes sont reçus chaque année, dans 76 ML, surtout des jeunes de niveau 4, c'est-à-dire sortis sans diplôme du système éducatif, très fragiles au plan social (isolement, difficultés relationnelles, difficultés financières, mal être).
- Les problèmes de santé sont un frein à leur insertion : des états de santé dégradés, des obstacles à l'accès aux soins plus importants que la moyenne des jeunes actifs.
- Un tiers des Missions locales de la région sont soutenus par l'ARS sur les questions de santé (soit 24 sur 76) sur 7 départements (75, 77, 78,91, 92, 93,95) pour un montant de 518 200 Euros en 2016.
- Six missions locales font l'objet de conventions pluriannuelles 2015/ 2017 dans le Val d'Oise. Missions locales Milnovoise, Cergy, Taverny, Val d'Oise Est, Seinoise, Montmorency.
- L'importance des questions de santé mentale a conduit à la mise à disposition de temps de psychologues dans $\frac{3}{4}$ des ML sous forme de vacations, un tiers des ML mettent en place des actions d'écoute, repérage de la souffrance et orientation si besoin vers un spécialiste, sur la base moyenne d'une intervention d'un jour à un jour et demi d'un psychologue par semaine.

Focus sur les interventions auprès des jeunes accueillis dans les structures d'hébergement pour jeunes travailleurs relevant de l'ALJT

- **La convention triennale 2012/ 2014 signée entre l'ALJT et l'ARS** a permis de développer des actions de prévention et de promotion de la santé dans le cadre d'un accompagnement global du jeune, de conforter les partenariats à moyen terme.
- **Dans le cadre de la nouvelle convention 2015/2017**, l'ALJT a un appui financier de **79 500 euros par an** de l'ARS en pluri annualité.
- **Le programme d'interventions des ALJT est orienté sur trois objectifs spécifiques** : l'accès aux dispositifs de droit commun de prévention et de soins, continuité et cohérence des prises en charge et des parcours de santé, inscription des résidents dans des actions de prévention et de soins sur les 30 résidences d'ALJT).
- **Le bilan 2015 fait état de 435 actions menées et 2107 résidents concernés sur 5500 jeunes logeant en ALJT concernés par les actions santé** (à chaque fois sur au moins 2 thématiques), soit 21,7% des jeunes accueillis sur l'ensemble de l'année, 409 orientations par la CPAM vers des bilans de santé et des consultations de professionnels.

50% des actions concernent l'alimentation et l'activité physique, 21% la souffrance psychique et la promotion du bien-être, 11% l'accès aux droits et aux soins ,10% la sexualité, 5% les conduites addictives.

Focus sur les interventions auprès des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse

- **En Île-de-France, 24 961 jeunes sont accueillis chaque année**, dans 48 unités éducatives de milieu ouvert, 1 service et 7 unités éducatives auprès des tribunaux, 19 unités d'insertion, 22 unités de placement. Il s'agit de jeunes en situation sociale défavorable, qui sont plus exposés aux facteurs de vulnérabilité (environnement social peu protecteur, violences subies, conduites addictives...).
- **La convention cadre 2012/2014 signée avec la PJJ a été renouvelée pour la période 2016/2018 dans une approche plus ouverte** couvrant à la fois la santé publique, l'offre de soin et le médico-social. Elle s'inscrit dans la priorité donnée à la santé par la PJJ dans son projet « PJJ promotrice de santé ».

▪ **Deux volets d'interventions soutenus par l'ARS**

1. Les actions en direction des jeunes

-14 actions représentent un montant de financement ARS de 293 450 euros. 50% des interventions concernent la santé mentale, devant la prévention des addictions 30%, l'éducation à la sexualité 14% et enfin les actions portant sur la nutrition, l'hygiène du corps, les rythmes de vie.

-Tous les jeunes sont suivis en matière d'accès aux droits et à la santé pendant leur période de prise en charge. La santé est intégrée à la phase d'entrée du jeune à la PJJ.

2. Les actions en direction des professionnels

-Huit directions départementales, 100 Unités éducatives et près de 2000 professionnels portent la démarche PJJ promotrice de santé.

-740 professionnels ont été formés en 2015 à l'accompagnement de programmes de prévention des conduites à risques (addictions, vie affective et sexuelle, nutrition.),

RENFORCER LE ROLE DES SERVICES DE LA MEDECINE SCOLAIRE

Une convention cadre E.N/ARS été signée dès 2012 pour une période de trois ans avec pour objectifs de fixer des orientations stratégiques communes, de déterminer des modalités et outils de collaboration, et des déclinaisons spécifiques départementales et locales.

Les priorités d'actions définies concernent, la prévention et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'action en direction des élèves notamment ceux en situation de handicap et avec des maladies chroniques, l'accompagnement de projets éducatifs transverses sur des thématiques prioritaires comme le surpoids, l'obésité, la sexualité, la souffrance psychique, les conduites à risques, les discriminations, la sensibilisation et la formation des personnels des établissements à la promotion de la santé.

Ces objectifs et thématiques ont été intégrés dans le guide de l'intervention en prévention dans le cadre de l'appel à projets annuel de l'ARS autour des priorités de la circulaire de 2011 : éducation nutritionnelle et prévention du surpoids, la promotion d'une activité physique régulière, l'éducation à la sexualité et l'éducation à la mixité et lutte contre les discriminations, la prévention des conduites addictives, la prévention des souffrances psychiques.



Ont été privilégiés les programmes associant si possible les parents et les relais (formation de pairs, d'enseignants) ainsi que ceux s'inscrivant dans un CESC et ciblant les établissements prioritaires.

- A la demande de l'Education Nationale, les promoteurs souhaitant intervenir dans les établissements scolaires ont été invités à établir au préalable une convention avec les ou les rectorats ; En 2015 119 programmes d'actions se sont déroulée en milieu scolaire et universitaire.
- Des temps d'échanges sur les interventions en milieu scolaire entre l'ARS et l'Education Nationale ont été développés, ainsi la rédaction d'une charte académique des interventions des partenaires et plus spécifiquement en éducation à la sexualité, et un projet de référentiel sur les compétences psycho sociales (dans le cadre du projet de labellisation).
- Des formations de médecins et d'infirmières ont été mises en place à l'entretien motivationnel sur les trois rectorats, au développement des compétences psycho sociales y compris en formation initiale.
- Un projet de recueil de données a été initié sur les activités de prévention.
- Le projet dièse porté par la CPAM et l'Académie de Paris a été soutenu par l'ARS, mais la mise en place de sa régionalisation aux autres académies n'a pu être engagée car les moyens de ce projet n'ont pu être soutenus au plan budgétaire par l'ARS.

Une nouvelle étape du partenariat 2016/2018

Une nouvelle convention cadre vient d'être signée début 2016. Elle se concentre sur un plus petit nombre de priorités partagées dans le cadre d'une vision territorialisée qui s'affirme. Cette approche doit permettre de mobiliser de manière plus concrète et appropriée les DD ARS et les services du Rectorat en regard des besoins territoriaux.

La convention cadre introduit des inflexions nouvelles : priorité aux établissements des réseaux REP/REP+ dans toutes les actions, partage des informations sur les actions soutenues, recherche de cohérence entre les priorités et les interventions déclinées dans les établissements scolaires et celles inscrites dans les contrats locaux de santé et les dispositifs de la politique de la ville existants (Programme Réussite Educative, ASV).



RENFORCER LE ROLE DES SERVICES INTERUNIVERSITAIRES DE MEDECINE PREVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTE

Cet axe a été présenté et programmé dans le cadre du Projet Santé pour les jeunes comme étant un axe prioritaire d'intervention. Dans ce cadre, il a été travaillé avec la DOSMS.

L'approche de l'ARS (DSP/DOMS) visait à faciliter l'accès des étudiants à un parcours de santé sur site universitaire et les inciter à être acteur de leur santé.

Le point de départ est le projet de loi de 2008 qui prévoit la possibilité de transformer les SIUMPPS en centres de santé habilités à délivrer des soins et à établir certaines prescriptions. En ÎLE-DE-FRANCE un seul centre avait été créé celui de Nanterre (Paris X) et un seul autre projet était envisagé celui de Paris V.

Cet axe n'a finalement pas été mis en œuvre dans le cadre du projet stratégique santé des jeunes. Par contre, des financements ont été alloués par la DOSMS à certaines structures pendant cette période : ex ouverture d'un centre à Paris avec la FSEF.

AMELIORATION DES CONNAISSANCES – OBSERVATION DE LA SANTE DES JEUNES

Dans le cadre du « Projet santé pour les jeunes », la CCPP Prévention a décidé de mettre en place une mission d'observation de la santé des jeunes avec l'appui de l'ORS. Le tableau de bord est composé d'indicateurs d'état de santé et de situation sociale à l'échelle régionale ou locale. Il a pour vocation de faciliter la prise de décision sur les projets et permette le développement d'une approche partagée entre acteurs sur les moyens alloués. Il concerne les 12/25 ans. Une approche identique sera réalisée sur les 6/12 ans dans un deuxième temps.

Perspectives

Sans préjugé de l'orientation prise par le futur PRS, il semble intéressant :

1. D'une manière générale

- Poursuivre une politique d'accompagnement visant les jeunes, les professionnels et leurs environnements.
- Différencier plus finement par grandes tranches d'âge 6/12 ans, 12-16/18 ans, 16/25 ans l'approche des thématiques et des programmes.



- Poursuivre les approches ciblées sur des publics jeunes en difficultés qui nous permettent de mieux identifier les moments de bascule de la bonne santé / les difficultés de santé.
- Mettre en place un système d'Information concernant les actions menées, et une cartographie et d'évaluation.

2. Avec l'Education nationale

Identifier les axes structurants prioritaires propres à chaque académie :

- la santé des jeunes vulnérables avec l'Académie de Versailles.
- la montée en compétences des acteurs des établissements REP/REP+ avec l'Académie de Créteil.
- l'éducation à la sexualité, les troubles spécifiques des apprentissages avec l'Académie de Paris.
- développer une programmation concertée avec l'E. N. dans le cadre de l'appel à projet (thématique spécifique ou enjeu commun).

3. Avec l'association Régionale des Missions locales *(Tableau des activités en annexe)*

- Soutenir la mise en place de référents santé par les ML et la DIRRECTE (conseillers professionnels qui intègrent une mission santé pour être en appui aux autres conseillers).

Lutter contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de musiques amplifiées

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Mise en place d'un grand nombre d'actions de prévention axées majoritairement sur la sensibilisation des jeunes grâce à des dynamiques partenariales.*
- *La mise en œuvre de ces actions ne s'est pas accompagnée de la stratégie de réduction des ISS initialement prévue.*

Le contexte

On estime aujourd'hui que 10% des moins de 25 ans présentent une perte auditive pathologique, due à l'écoute de la musique amplifiée. Les pratiques à risques, telles que l'écoute prolongée de lecteurs MP3 à fort volume et la fréquentation de concerts et discothèques, sont en forte augmentation. Elles exposent donc plus de jeunes à des volumes sonores élevés pouvant provoquer une dégradation de l'audition. Les atteintes de l'audition sont parfois irréversibles, entraînant surdité partielle ou totale, acouphènes ou hyperacousie (intolérance au bruit).

Ce que prévoyait le PRS

Le schéma régional de prévention régional a classé la lutte contre les atteintes auditives et les traumatismes sonores aigus liés à l'écoute de musiques amplifiées parmi les thématiques prioritaires des actions à mener chez les enfants, adolescents et jeunes adultes. L'importance des campagnes de sensibilisation auprès des jeunes, particulièrement dans les lieux festifs, y est soulignée.

L'ensemble des actions spécifiques de ces thématiques prioritaires devait être mené auprès des jeunes qui sont dans des situations de vulnérabilité : les jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les jeunes en rupture sociale et familiale, les jeunes en insertion (foyers de jeunes travailleurs), les jeunes à la rue, etc...



Les objectifs opérationnels des actions menées par l'ARS ont été définis dans le cadre du PRSE2 et sont les suivants :

- réduire les comportements à risques chez les populations jeunes (12-25 ans) particulièrement exposées aux traumatismes sonores ;
- obtenir une meilleure gestion du son amplifié dans les lieux de pratiques musicales (écoles de musique, studios de répétitions, salles de concerts, festivals).

Ce qui a été réalisé

L'ensemble des actions menées par l'ARS a été orienté vers les jeunes de 12 à 25 ans, sans prise en compte de leur éventuelle situation de vulnérabilité. Il a été considéré implicitement que les traumatismes sonores aigus, pour beaucoup irréversibles, concernaient tous les jeunes. En effet tous les jeunes sont consommateurs de musique MP3 via divers dispositifs d'écoute et de concerts ou autres événements susceptibles de diffuser de la musique amplifiée et ce quelle que soit leur origine sociale.

ACTIONS DE PREVENTION FINANCEES NOTAMMENT PAR L'ARS ET REALISEES PAR DIVERS OPERATEURS (BRUITPARIF, RIF - CONFEDERATION DES RESEAUX DEPARTEMENTAUX DE LIEUX DE MUSIQUES AMPLIFIEES EN ÎLE-DE-FRANCE)

A destination des jeunes dans les établissements scolaires :

- Organisation de sensibilisation de grande ampleur à destination des lycéens (Bruitparif);
- Création et maintenance de la mallette pédagogique « Kiwi » (contenus de cours, des tablettes et des casques mis à disposition des collèves et lycées - Bruitparif);
- Sensibilisation individuelle aux risques auditifs liés à l'écoute des baladeurs (Bruitparif);
- Interventions auprès d'établissements d'enseignement ou de relais d'animation (Bruitparif);
- Mise en œuvre d'un dispositif éducatif : concerts pédagogiques « Peace & Love » (environ 100 spectacles et 10 000 lycéens et collégiens sensibilisés par année scolaire) (le RIF) ;
- Mise en place de « l'atelier baladeurs » au Centre d'information et d'orientation permettant aux adolescents de tester le niveau sonore de leur propre appareil sur un mannequin acoustique.



Les données sont enregistrées dans une base qui permettra de suivre l'évolution de la situation en Île-de-France et de les mettre à disposition des médecins et chercheurs (Bruitparif) ;

- Réalisation de cartographies sonores d'établissements scolaires (le RIF) ;
- Mise en place d'une campagne de sensibilisation spécifique et massive sur les risques auditifs lors d'écoutes nomades (MP3) (le RIF).

Des actions de sensibilisation des jeunes via le milieu associatif sont également présentes dans certains contrats locaux de santé (Poissy, Montreuil, Communauté d'Agglomération des Deux Rives de Seine). Cette mesure consiste à mettre en place des réseaux de prévention adaptés aux territoires concernés.

A destination des jeunes directement sur les lieux de spectacle :

- Gestion sonore et diffusion de messages de prévention en plein air (marche des fiertés, Solidays, Technoparade) (Bruitparif) ;
- Distribution lors de concerts ou de festivals de 155 000 paires de bouchons d'oreille et 210 000 flyers d'information sur les risques sonores (le RIF).

A destination des professionnels du spectacle :

- Information et sensibilisation des musiciens (le RIF) ;
- Mise à disposition d'outils de sensibilisation aux établissements (le RIF) ;
- Formation des professionnels du spectacle et des publics relais, conseil et accompagnement des porteurs de projets dans la mise en place d'actions de gestion sonore et de prévention des risques auditifs (le RIF) ;
- Soutien à l'équipement en protections auditives adaptées (intermittents, musiciens) de 275 personnes (le RIF).

Par ailleurs une plaquette d'information et de sensibilisation des exploitants des lieux diffusant de la musique amplifiée a été réalisée par l'ARS et la Préfecture de Police de Paris.

ACTIONS DE CONTROLE DES ETABLISSEMENTS DIFFUSANT DE LA MUSIQUE AMPLIFIEE REALISEES PAR L'ARS (A L'EXCEPTION DE PARIS OU INTERVIENT LA PREFECTURE DE POLICE DE PARIS)



- Contrôles sur pièce : 130 examens de l'étude d'impact des nuisances sonores (EINS) réalisés depuis 2011 ;
- Inspections programmées de jour : 72 examen EINS et mesures sonométriques en l'absence de public réalisées depuis 2011 ;
- Réalisation de 38 mesures inopinées de nuit (en présence de public) depuis 2011.

ACTIONS DE SURVEILLANCE DES TRAUMATISMES SONORES AIGUS

Une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système de surveillance des traumatismes sonores aigus (TSA) a été réalisée par la cellule d'intervention régionale d'épidémiologie. Ce dispositif repose sur le signalement volontaire des cas de TSA diagnostiqués par les ORL parisiens et de la source supposée à l'origine d'un tel cas. L'objectif était de mettre en place des actions de prévention et des inspections ciblées dans les établissements diffusant de la musique amplifiée potentiellement responsables de cas de TSA. 5 établissements diffusant à titre habituel de la musique amplifiée ont été identifiés par le dispositif de surveillance des TSA entre le 1er juillet 2011 et le 1er juin 2012 et ont fait l'objet de contrôles. Au total, 27 cas de TSA ont été identifiés durant l'étude.

La DT ARS du Val d'Oise a réalisé une étude de l'incidence des TSA sur l'année 2013 en adressant aux médecins spécialistes une fiche d'enquête accompagnée d'une enveloppe préaffranchie pour la réponse. Le but de cette enquête était d'évaluer dans quelle mesure les TSA constituent un enjeu de santé publique dans le département. 21 cas de TSA ont ainsi été identifiés en 2013.

Quelle analyse des effets ?

Peu d'indicateurs chiffrés ont été recueillis (10 000 lycéens et collégiens sensibilisés par année scolaire, 155 000 paires de bouchons d'oreille et 210 000 flyers d'information sur les risques sonores distribués, 275 personnes (intermittents, musiciens) ont bénéficié d'un soutien à l'équipement en protections auditives adaptées). Les objectifs quantifiés n'ayant pas été définis au lancement de l'action il reste délicat d'évaluer leur atteinte. Un certain nombre d'indicateurs de suivi existaient dans le PRSE2. Ils n'ont pas tous pu être renseignés.

Du point de vue qualitatif la diversité des actions menées en termes de public ciblé et de lieux d'intervention souligne le dynamisme des acteurs engagés dans la prévention des risques auditifs auprès des jeunes. Les efforts engagés sont à poursuivre.



Malgré l'intérêt d'une surveillance des TSA permettant, via l'alerte rapide des pouvoirs publics, de mener des contrôles ciblés et ainsi limiter l'apparition de nouveaux cas liés à la même source, le faible taux de participation des ORL n'a pas permis de valider ce dispositif comme un outil efficace au vu de l'investissement nécessaire de l'ARS. Un fort enjeu de sensibilisation des professionnels de santé est mis en évidence.

Quelle prise en compte des ISTS ?

Les atteintes auditives concernent tous les jeunes, de par leur utilisation généralisée des écouteurs et des événements musicaux de type concerts, discothèques, ... et ce quel que soit leur origine sociale. Malgré la priorisation signalée dans le PRSE2 sur les jeunes vulnérables (jeunes en formation technique ou professionnelle qui cumulent une exposition supérieure, compte tenu de leur activité), l'action n'a pas été menée dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé bien que les élèves et personnels des établissements professionnels soient une population doublement à risque, de par leur surexposition à des environnements bruyants, et pour certains d'entre-eux, de par une origine sociale ne favorisant pas les prises en charges précoces – *notamment en ORL, spécialité à fort dépassement d'honoraire*.

Analyse des freins et leviers

Les leviers des actions de prévention résident dans le dynamisme et le maillage des actions des partenaires (Bruitparif, RIF...) et la diversité de leurs actions auprès des jeunes (ex : mallettes pédagogiques).

S'agissant des contrôles les freins résident dans la définition des priorités nationales d'inspection/contrôle qui ne concernent actuellement plus les actions de contrôle relatives au bruit. Enfin la faible sensibilisation des professionnels de santé n'a pas permis le développement d'un dispositif de surveillance et d'alerte efficace, ce point reste à améliorer.



Perspectives

Les actions menées directement auprès des jeunes dans les établissements scolaires mais aussi et surtout sur les lieux de spectacles sont à poursuivre voire amplifier dans le cadre de la prévention primaire qui concentrera une part importante des actions de l'ARS dans la gestion des risques auditifs. Un ciblage plus particulier des lycées professionnels pour les futures actions de sensibilisation des jeunes est à envisager en cohérence avec les futures actions du PRSE3.



⇒ Favoriser la coordination des acteurs œuvrant pour le bien être mental

Santé mentale - CLSM

Faits marquants, à l'issue du PRS

- Un nombre d'interventions en promotion de la santé qui progresse, mais aux contours flous et à la typologie encore mal précisée.
- Une implantation des CLSM en nette progression, notamment dans des territoires défavorisés à forts besoins en santé mentale.
- Un consensus technique et politique autour de l'importance de ces structures.
- Des actions des CLSM qui sont conformes aux objectifs assignés.
- Des perspectives ouvertes par la loi de modernisation du système de santé.

Le contexte

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020). La santé mentale est, donc, bien plus que l'absence de troubles mentaux.

Elle est déterminée par des facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux. La prévalence des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives est élevée dans tous les pays du monde et contribue dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée. Cette charge des troubles mentaux a de fortes répercussions sur la santé (« *il n'y a pas de santé sans santé mentale* ») et d'importantes conséquences dans les domaines sociaux, économique, et des droits humains. Ainsi, par exemple, les personnes souffrant de troubles mentaux sont exposées à des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne : les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie, ont de 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément ; le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes à l'échelle mondiale (OMS, 2013).



La promotion de la santé mentale s'inscrit dans le contexte élargi de la santé publique et propose une approche différente de celle des soins, notamment en utilisant des stratégies intersectorielles et en mettant l'accent sur la protection du bien-être et des attributs de la santé mentale positive. Elle cherche en particulier à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et à permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé.

Les facteurs de risque et de protection en santé mentale ont été identifiés dans les différentes étapes de la vie, et beaucoup d'entre eux peuvent être modifiés (OMS, 2009). En fonction du contexte local, certains individus et groupes de la société risquent parfois beaucoup plus que d'autres de souffrir de troubles mentaux. Ces groupes vulnérables sont, par exemple mais pas nécessairement, les membres des foyers vivant dans la pauvreté, les personnes atteintes de maladies chroniques, les nourrissons et jeunes enfants délaissés et maltraités, les adolescents consommant pour la première fois des substances psychoactives, les groupes minoritaires, les personnes âgées, les personnes victimes de discrimination...(OMS, 2013)

Par ailleurs, les inégalités socio-économiques sont prégnantes chez l'adulte avec **des indicateurs de souffrance psychique chez les 15-75 ans défavorables en ÎLE-DE-FRANCE** par rapport aux autres régions (SRP, ARSIF 2012). En outre, l'importance de l'habitat ancien dégradé, en particulier dans la zone centrale de la région (Paris, 93) augmente le risque, entre autres, de problèmes psychiques liés notamment à la sur-occupation des logements (SRP). Enfin, l'enquête « Enfams⁴ » attire l'attention sur la nécessité de renforcer la protection de la santé émotionnelle des familles monoparentales, notamment celle des enfants, confrontées à l'absence prolongée de domicile fixe (Observatoire du Samu social de Paris, 2014)

Les maladies mentales sont fréquentes : 1 personne sur 5 sur une vie entière en est touchée⁵. En Île-de-France, le nombre de personnes vues au moins une fois au cours de l'année était de 255 755 pour la psychiatrie générale de secteur et de 80 488 pour la psychiatrie infanto-juvénile⁶ mais une partie non négligeable de patients sont vus par la psychiatrie libérale ou les médecins généralistes.

En termes de politiques, le SROS psychiatrie pointe des enjeux souvent liés à : a) la nécessité de réduire les inégalités dans l'offre de soins et d'aides ; b) le besoin d'améliorer les

⁴ ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Enquête conduite par l'Observatoire du Samu social de Paris en 2013

⁵ Wittchen, H. -U., Jonsson, B., Olesen, J., 2005. Towards a better understanding of the size and burden and cost of brain disorders in Europe. Eur. Neuropsychopharmacol. 15, 355-356. Cité par le SROS Ile de France, volet hospitalier, psychiatrie, page 402

⁶ Données SAE 2010

coordinations intersectorielles pour une meilleure fluidité des parcours de santé et de vie ; c) la nécessité de réserver une attention particulière à des populations exposées à des effets de stigmatisation et d'exclusion sociale.

Au niveau local, et même si les communes ne possèdent pas de compétences en matière de santé, la prise en considération de la santé mentale est accentuée surtout à partir de 2000, lorsque dans le cadre de la politique de la ville se mettent en place les Ateliers Santé Ville (ASV). En effet, les diagnostics croisés des habitants et des professionnels réalisés par les ASV mettent en exergue les questions de santé mentale parmi les premières priorités pour les citoyens, les professionnels de santé et, plus généralement, les acteurs municipaux.

Les Conseils locaux de santé mentale, CLSM, permettent en partie de répondre à ces enjeux car ils visent à mieux intégrer la santé mentale dans la cité et facilitent la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux autour de priorités partagées.

Cependant, il n'existe qu'un cadre réglementaire incitatif invitant les acteurs locaux de la santé mentale à construire des CLSM sans qu'aucun texte ne les définisse précisément. Dès 1972 une circulaire DGS préconise la création « d'organismes consultatifs qui pourraient être dénommés conseils de santé mentale de secteur » et permettrait « d'établir des liaisons avec les médecins, les travailleurs sociaux, etc. ». La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale incite à nouveau à créer des instances de coordination de proximité et plus récemment, la Cour des Comptes recommande la généralisation des CLSM dans un rapport de décembre 2011.

Toutefois, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé mentionne les CLSM comme l'un des acteurs essentiels du projet territorial de santé mentale : l'article 69 précise notamment que « *le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale seront arrêtés par le directeur général de l'ARS après avis des CLSM et du conseil territorial de santé* »

Ce que prévoyait le PRS

Le schéma régional de prévention et le SROS soulignaient l'importance de la santé mentale comme confluent de nombreux enjeux de santé.

Les objectifs du schéma régional de prévention prévoyaient de :

- Favoriser une santé mentale positive ;
- Prévenir la souffrance psychique et les troubles mentaux ;



- Communiquer sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation.

Ce qui a été réalisé

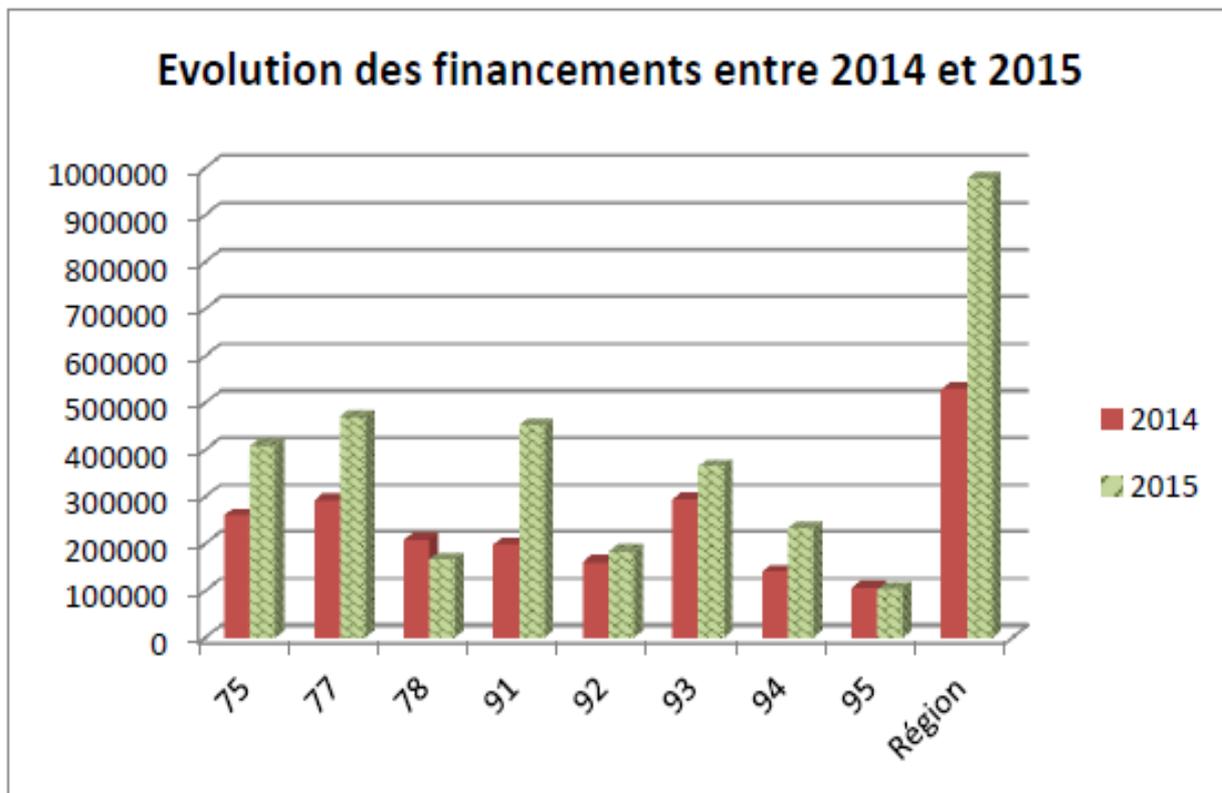
Pour répondre à ces objectifs, l'Agence a :

1. Développé des actions de prévention et de promotion de la santé « Thématique santé-mentale » dans le cadre de la mise en œuvre de sa programmation annuelle.
2. Promu sur la région l'implantation et le développement des CLSM.

DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE

Dans le cadre de la programmation de ses actions de prévention et de promotion de la santé portant sur la thématique santé-mentale, l'ARS s'est fixée comme objectifs de :

- Renforcer les compétences psychosociales des jeunes, les capacités émotionnelles et l'entraide en agissant dès l'enfance ;
- Promouvoir le soutien à la parentalité et les actions de soutien des familles confrontées aux conduites à risque de leur enfant ;
- Prévenir la souffrance psychique : développer le repérage précoce de la souffrance psychique, favoriser le recours aux relais de proximité.

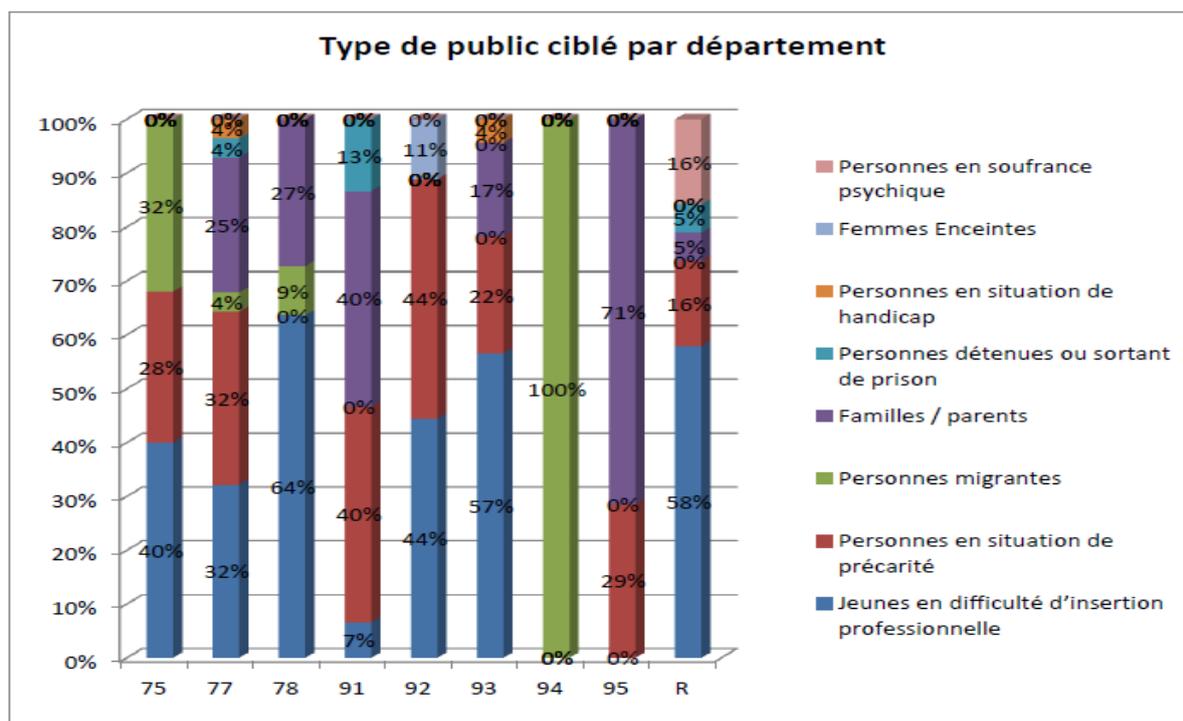


Le nombre d'actions et les financements dédiés ont augmenté de 2014 à 2015, passant de **133** actions (portées par 111 opérateurs) pour un montant total ÎLE-DE-FRANCE de **2 195 581 €**, à **193** actions (portées par 126 opérateurs) pour un montant total de **3 361 791€**. Tous les départements ont été concernés par cette évolution sauf le 78 et le 95. Il faut toutefois rester prudent quant à l'interprétation de ces données car les actions régionales mises en œuvre sur plusieurs départements (de 2 à 8) et non reventilées peuvent lisser certains écarts.

En 2014, les modalités d'intervention développées sont en majorité des séances de prévention collective au travers d'ateliers et de groupes de parole et des séances individuelles d'accompagnement et de prévention (notamment dans le cadre des entretiens individuels menés par des psychologues en mission locale).

La typologie des publics cibles sont les "scolaires, périscolaires" (Jeunes) et les "précaires" (Jeunes et adultes).

En 2015, 39% des actions financées sont des actions de prévention collective (info/sensibilisation), 15% de prise en charge individuelle et d'orientation et 14% d'actions globales de prévention.



L'absence d'un Système d'information de suivi et d'évaluation des programmes ne permet pas de disposer de données lisibles et fiables sur cinq ans.

En outre, il est difficile d'identifier des actions à forte « valence santé mentale » mais relevant d'une autre thématique (notamment santé des jeunes et santé des personnes exclues)

Cependant, une analyse globale et empirique montre un décalage réel entre les données probantes, qui concluent au fait que le principal mode de prévention efficace en santé mentale est le renforcement des compétences parentales précoces et l'intervention précoce, et la réalité de la programmation, au sein de laquelle ces actions sont relativement marginales.



PROMOUVOIR L'IMPLANTATION ET LE DEVELOPPEMENT DES CLSM

Les CLSM sont essentiellement des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire communal, infra-communal ou supra-communal, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers et leurs aidants, et tous les acteurs locaux concernés. Ils ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population et sont présidés par le Maire.

Le projet est développé en articulation avec les Contrats locaux de santé CLS et la Politique de la Ville.

Cette politique volontariste s'inscrit dans la participation au financement de coordonnateurs de CLSM, l'ARS finançant 50 % du temps du coordonnateur nécessaire. Les critères d'éligibilité pour les communes, ou les groupements de communes, concernent principalement la signature préalable ou en cours d'un CLS, un IDH2 inférieur à 0,52 et la mobilisation du 50% restant pour le financement du poste de coordonnateur.

Au niveau régional, le développement des CLSM répond à plusieurs objectifs⁷ :

- Contribution à la correction des inégalités territoriales dans le champ de la santé mentale liées a) aux pathologies et à leurs facteurs aggravants et b) aux inégalités du système de soins : pour cela, facilitation de réponses multidimensionnelles dans les territoires où la prévalence de pathologies psychiatriques et/ou la prévalence de phénomènes sociaux et urbains complexifiant la prise en charge des patients semblent plus importantes ;
- Amélioration de l'efficacité dans l'interfaçage soins/environnement : la formalisation, la valorisation, l'évaluation de dispositifs de « réponse à la complexité » des interactions soins psychiatriques/promotion de la santé / environnement urbain et social semblent susceptibles de faciliter l'organisation des prises en charges, en simplifiant les échanges interinstitutionnels, en optimisant les interfaces entre le secteur et les collectivités locales, en identifiant les besoins prioritaires, en facilitant l'insertion des patients en milieu externe ;

⁷Projet stratégique n° path 04 : CLSM

- Amélioration de la cohérence des parcours de santé mentale et de la qualité des pratiques professionnelles: par un travail de transversalité prenant en compte à la fois le champ de la promotion de la santé, celui des soins ambulatoires spécialisés, et celui du travail en réseau local incluant notamment la prévention et la gestion des situations de crises (soins sans consentement inclus) et la gestion organisée de l'insertion (professionnelle, habitat-logement, droits sociaux, etc.) des patients ;
- Contribution à la démocratie sanitaire : facilitation de la participation des associations d'usagers, de proches, de familles, à l'élaboration de politiques locales et à la déclinaison locale de politiques nationales.

Au niveau local : les CLSM se réfèrent à un cahier des charges fixant les objectifs stratégiques suivantes :

- Organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale ;
- Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci ;
- Développer l'éducation et la promotion en santé mentale ;
- Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie) des usagers ;
- Contribuer à la dé-stigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.

Le projet vise la création ou l'impulsion de **60 CLSM en Île-de-France entre 2012 et 2017** :

En Île-de-France sont actifs actuellement 52 CLSM concernant 99 villes : Paris développe, en cofinancement avec l'agence, 15 CLSM sur un nombre équivalent d'arrondissements ; Hauts de Seine 12 CLSM dont 4 en cofinancement ville-ARSIF ; Seine Saint Denis 11 CLSM dont 9 en cofinancement ville-ARSIF ; Yvelines 5 CLSM dont 1 en cofinancement ; Val d'Oise 3 CLSM, tous en cofinancement ; Val de Marne 3 CLSM, tous en cofinancement ; Essonne 2 CLSM, tous en cofinancement ; et, enfin, Seine et Marne 1 CLSM en cofinancement avec l'agence.

En Île-de-France, 52 CLSM sont actuellement actifs sur 99 villes. Sur ce total, 38 CLSM couvrant 62 villes bénéficient d'un cofinancement ARS ÎLE-DE-FRANCE (50% ARS ÎLE-DE-FRANCE et 50% ville) dont :

- 5 sont des CLSM intercommunaux concernant 43 villes ;
- 15 sont des CLSM infracommunaux concernant au total 1 ville (arrondissements parisiens) ;

- 18 correspondent chacun à une ville.

***CLSM bénéficiant d'un co-financement ARSIF/ Ville en ANNEXE (Tab.1)**

Dans le cadre de ce co-financement ont été créés 26 postes de coordonnateur CLSM (18.43 ETP) selon la chronologie suivante :

- **2012** : lancement du projet avec rédaction du cahier de charges par le comité de pilotage et **8 postes créés** pour renforcer 3 CLSM existants et créer 5 nouvelles instances
- **2013** : organisation de la **1^{ère} rencontre régionale des CLSM** et création de **6 nouveaux postes** de coordonnateur permettant de créer des nouveaux CLSM sur la plupart d'arrondissements de Paris et sur 3 autres villes, ainsi que de renforcer ceux déjà existants à Paris et Trappes en Yvelines
- **2014** : **lancement de la démarche évaluative** (confiée au cabinet Itinere conseil) et création de **4 nouveaux postes** dont 3 correspondant à la mise en place de nouvelles instances. Cette diminution du nombre de postes créés est liée aux élections municipales qui se sont tenues cette année-là. En effet, les changements dans les équipes municipales ont retardé, voire annulé, quelques projets de CLSM.
- **2015** : démarrage de 7 nouveaux CLSM et renforcement de la démarche sur Paris, avec la création de **8 nouveaux postes** de coordonnateur, et organisation de la **2^{ème} rencontre régionale CLSM**. Egalement cette année, le **rapport final de la démarche évaluative** a été remis au Comité technique d'évaluation et des groupes de travail ont été organisés pour la mise en place des recommandations. Ce, notamment, en termes de soutien aux missions d'observation/diagnostic des CLSM et aux pratiques de bilan/évaluation et capitalisation des réussites.

Au total, 27 établissements (66 secteurs psychiatrie adultes et 51 secteurs de pédopsychiatrie) sont impliqués dans les CLSM sur la région. La plupart des villes bénéficiant d'un cofinancement ont signé des CLS avec l'agence.

Au-delà de l'appui financier, l'agence soutient l'ensemble des CLSM franciliens en particulier au niveau des Délégations Départementales (DD) par un travail de sensibilisation et d'incitation menant à la création de nouvelles instances et par un accompagnement soutenu des CLSM existants.



Enfin, au niveau régional, ce soutien à tous les CLSM franciliens s'est aussi concrétisé par l'organisation de 2 rencontres régionales de coordonnateurs et partenaires des CLSM (2013 et 2015) et 2 réunions régionales de coordonnateurs (2014 et 2015). Actuellement, des coordonnateurs de CLSM, avec ou sans cofinancement, participent aux groupes de travail organisés suite à la démarche évaluative. Ces groupes concernent le « soutien des démarches diagnostiques » et le « soutien des démarches bilan/évaluation et capitalisation ».

Au sujet des **actions développées par les CLSM** eux-mêmes, des six actions prioritaires inscrites dans le cahier de charges⁸ trois sont singulièrement déployées: il s'agit des **actions inter partenariales pour l'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion** ; des actions visant **l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes**, et, enfin, des actions permettant de **lutter contre la stigmatisation**.

Concernant la mise en œuvre **d'actions d'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion**, le cahier de charges pointe la mise en place et la coordination de partenariats cherchant à faciliter **l'accès et le maintien dans le logement**, ainsi que l'insertion professionnelle et la formation. Les questions liées au logement, déterminant essentiel de la santé et inquiétude permanente des équipes de santé mentale, sont traités dans 76% des CLSM au niveau national⁹ et dans **quasiment tous les CLSM au niveau régional**. Ceci n'est pas surprenant car, au-delà du soin, l'enjeu est celui de l'autonomie et de l'insertion sociale des personnes.

Cette action est en lien avec la réalisation d'une étude, sur le rôle des équipes de psychiatrie de secteur dans l'accès et le maintien dans le logement, confiée en 2014 par la Direction de l'offre de soins et médico-sociale de l'Agence au Dr. Martine Barrès. Les conclusions de cette étude serviront, entre autres, à nourrir la réflexion et les travaux des CLSM.

Sur les **cellules de concertation inter partenariale autour des situations psychosociales complexes**, il est nécessaire, tout d'abord, de clarifier que ces cellules doivent être différenciées des CLSM. En effet, il s'agit ici d'une coopération technique autour de la situation d'une personne ou d'une famille et non d'un travail sur des politiques de santé mentale.

⁸ Ces actions prioritaires sont : l'observation locale ; la prévention et l'amélioration de l'accès aux soins ; l'éducation et la promotion en santé mentale ; l'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion ; la lutte contre la stigmatisation ; l'aide à la résolution des situations psychosociales complexes

⁹ CCOMS, Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale. Les conseils locaux de santé mentale : état des lieux juin 2015. [En ligne] <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf> Consulté le 20 juin 2015

Ce que le cahier de charges de l'Agence demande aux CLSM à ce propos est la mise en œuvre, si elles n'existent déjà, de ces cellules de travail avec un respect des règles déontologiques assurant l'équilibre entre l'échange des informations nécessaires, le respect du secret professionnel ainsi que le respect des personnes et la recherche de l'adhésion de celles-ci aux mesures les concernant. Pour ce faire, le cahier de charges affirme la nécessité d'une charte éthique rédigée par les membres permanents de chaque commission.

De ce fait, les CLSM donnent à ces cellules de concertation un cadre qui met en valeur l'obligatoire réflexion éthique qui doit accompagner leur développement. Parallèlement, l'inclusion de ces cellules dans les CLSM facilite le positionnement, par rapport à ce questionnement éthique, des représentants des usagers et de leurs aidants, ce en particulier lors des réunions du comité de pilotage auxquelles ces acteurs doivent être invités à appartenir.

Quelle analyse des effets ?

L'évaluation du projet a été confiée, entre sept. 2014 et sept. 2015, au Cabinet Itinere Conseil dans le but d'obtenir des éléments de compréhension quant aux leviers et aux freins pour l'ancrage et le développement des CLSM.

Dans ce cadre, le recueil d'information s'est organisé autour de trois axes d'analyse et de cinq questions évaluatives :

1. Axe 1 : L'efficacité du fonctionnement et de l'organisation des CLSM ;

- a. Dans quelle mesure l'organisation et le fonctionnement actuels des CLSM permettent-ils d'assurer la réalisation des missions des CLSM ?

2. Axe 2 : L'efficacité et la pertinence des actions des CLSM ;

- a. Dans quelle mesure les CLSM mettent-ils en œuvre une observation en santé mentale pour définir une stratégie locale de santé ?
- b. Dans quelle mesure les CLSM commencent-ils à produire les résultats attendus ?

3. Axe 3 : L'efficacité et la pertinence du soutien apporté par l'ARS aux CLSM.

- a. Dans quelle mesure l'action de l'ARS permet-elle de soutenir l'implantation et le développement des CLSM dans les territoires prioritaires ?



- b. Dans quelle mesure l'action de l'ARS répond-elle aux besoins des territoires des CLSM ?

Les principaux jugements peuvent être synthétisés comme suit :

1- Dans quelle mesure le fonctionnement et l'organisation actuels des CLSM permettent-ils d'assurer la réalisation de leurs missions ?

Les constats et analyses réalisés dans le cadre de la mission attestent de la conformité des Conseils Locaux de Santé Mentale avec le cahier des charges. Or, cette application ne suffit pas à garantir un fonctionnement et une organisation efficace permettant le décloisonnement des pratiques et des acteurs et encore moins le développement d'une stratégie locale répondant aux besoins de la population. En effet, l'ensemble des processus de décision, d'animation, de reporting n'ont pas toujours été réfléchis alors qu'ils sont importants pour « mettre en musique » les différentes instances de pilotage et de travail à même d'agir dans le cadre du CLSM. Au-delà de ces processus, la réflexion a, semble-t-il fait défaut quant aux rôles des différents acteurs au sein du CLSM (ils sont là pour décider et/ou pour informer, et/ou pour donner un avis,...). Il en résulte une certaine confusion entre la dimension politique et la dimension opérationnelle des CLSM.

2- Dans quelle mesure les CLSM mettent-ils en œuvre une observation en santé mentale pour définir une stratégie locale de santé ?

L'observation continue des besoins et des ressources en santé mentale n'est pas une action prioritaire des CLSM, ces derniers privilégiant les réflexions et la mise en œuvre d'actions ayant un effet direct sur la prise en charge des patients ou l'amélioration des connaissances des professionnels et de la population générale. Les actions à mener sont donc décidées, d'une part, sur la base des connaissances pragmatiques et de l'expérience des acteurs de terrain, d'autre part, lorsque les intérêts de différents acteurs convergent.

La volonté de créer un plan d'actions commun sur la base d'une stratégie locale définie de manière concertée semble aujourd'hui trop ambitieuse. Les acteurs locaux ne semblent pas prêts à engager leurs institutions dans l'élaboration puis dans la mise en œuvre d'un tel plan. De plus, compte tenu de l'absence d'institutionnalisation du CLSM, celui-ci n'a pas de pouvoir contraignant, même présidé par le maire. En effet, ce dernier reste bien souvent le représentant de sa collectivité et n'est pas prêt à assumer le leadership et la représentation du CLSM en tant qu'entité homogène.

La loi de modernisation du système de santé, adoptée par l'Assemblée nationale en avril 2015, pourrait faire évoluer ce constat. En effet, son article 13 prévoit l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale sur la base d'un diagnostic territorial partagé. Ces deux documents doivent faire l'objet d'une contractualisation après avis des CLSM. Le projet doit être élaboré à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de tous les acteurs et l'accès à des modalités et des techniques de prise en charge diversifiées.

3- Dans quelle mesure les CLSM commencent-ils à produire les résultats attendus ?

Les résultats produits par les CLSM, à considérer avec prudence car encore inégaux, sont indéniablement soutenus par la présence de coordonnateurs, dont le déploiement est lui-même favorisé par le soutien financier de l'ARS et la mise à disposition de ressources méthodologiques.

Au regard des 6 actions prioritaires listées dans le cahier des charges, trois sont particulièrement développés par la majorité des CLSM:

- L'accès aux soins via notamment la cellule de gestion des cas complexes ;
- L'inclusion sociale par l'accès ou le maintien dans le logement ;
- La lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques à travers les actions SISM.

L'information collectée souligne la diversité des projets mis en œuvre. Les thématiques majoritairement concernées renvoient, par ordre d'importance aux problématiques de logement, de sensibilisation / information sur la santé mentale, de santé mentale des enfants ou des adolescents et enfin de soins sous contrainte.

En l'absence de système d'information (y compris modeste) permettant d'avoir accès rapidement à de l'information permettant de caractériser les résultats (indicateurs), les investigations qualitatives permettent d'observer certains effets auprès des CLSM avancés sans pour autant les attribuer à ce jour à l'ensemble des CLSM :

- Une amélioration des connaissances des professionnels impliqués dans le CLSM sur les ressources et les démarches liées à la santé mentale ;
- Une interconnaissance de proximité des acteurs qui soutient la résolution partagée des problématiques ;

- Des instances utiles à la concertation mais dont le rôle et le fonctionnement sont localement insuffisamment définis ;
- La possibilité accrue de concrétisation de projets utiles ;
- Une fonction de veille et d'alerte peu mise en œuvre et qui reste à définir.

Quant à lutte contre la stigmatisation, la méthode mise en œuvre ne permet pas d'identifier la contribution des CLSM à cet objectif. Des actions en ce sens sont cependant menées dans l'ensemble des territoires.

4- Dans quelle mesure l'ARS permet-elle de soutenir l'implantation et le développement des CLSM dans les territoires prioritaires ? Dans quelle mesure répond-elle aux besoins des territoires et des CLSM ?

Bien qu'il ne soit pas une condition à la création et à l'activité d'un CLSM, le cofinancement du poste de coordonnateur constitue une aide indéniable à la dynamique des CLSM en Île-de-France. La participation financière requise de la collectivité est un point positif, car elle permet un engagement aux côtés du secteur de psychiatrie. Néanmoins, le caractère normatif d'un cofinancement à hauteur de 50% implique que les collectivités les plus précaires n'accèdent pas à ce soutien malgré des besoins.

Si l'ARS a fait du développement des CLSM une priorité de sa stratégie régionale de santé, la promotion et l'accompagnement du dispositif n'ont pas été équivalents dans l'ensemble des délégations territoriales et les référents CLSM n'ont pas partout eu les moyens de s'impliquer comme contributeurs de la démarche.

Les recommandations

En réponse aux conclusions ci-dessus, six recommandations ont été formulées :

- 1- Adapter la gouvernance des CLSM
- 2- Structurer davantage les activités du CLSM
- 3- Optimiser le décloisonnement dans chaque CLSM
- 4- Etayer la fonction de coordonnateur
- 5- Développer le soutien de l'ARS et adapter les modalités de financement
- 6- Développer et enrichir les pratiques d'évaluation et de valorisation dans chaque CLSM

Quelle prise en compte des ISTS ?

Le dispositif lui-même vise la réduction des ISTS : D'un côté les actions prioritaires des CLSM définies par le cahier de charges cherchent à réduire les ISS et, d'un autre côté, les critères d'éligibilité (dont IDH2 inférieur à 0.52) au soutien financier de l'agence cherchent à corriger des inégalités territoriales.

Analyse des freins et leviers

En ce qui concerne le soutien de l'agence au développement des CLSM, le rapport d'évaluation produit par le cabinet Itinere Conseil recommande de :

- Restructurer le cahier de charges existant autour de deux volets complémentaires :
 - a) Un exposé des orientations générales relatives aux CLSM et du type d'activités pouvant être développées.
 - b) Des indications pratiques sur la manière d'élaborer, dans chaque CLSM, des documents de cadrage qui lui seront propres (programme de travail, règlement intérieur de gouvernance, feuille de route du coordonnateur). Ces éléments de méthode pourraient prendre la forme d'un « kit » ou d'une « mallette pédagogique ».
- Harmoniser, d'une DD à l'autre, les modalités et l'intensité du suivi et de l'appui aux CLSM, à partir d'une définition concertée (ARS, CCOMS et coordonnateurs) de l'accompagnement attendu.
- Au sein des DD ARS, impliquer davantage les référents CLS, dont les missions et les compétences sont davantage en phase avec le type d'appui attendu par les CLSM (ingénierie de projet et partenariat /vs suivi des établissements).
- Associer également aux travaux des CLSM les services de l'ARS dédiés à la planification et l'adaptation de l'offre médico-sociale (services types SAVS, SAMSAH), ainsi que des établissements de santé, dans l'optique d'une meilleure articulation des besoins, tels que repérés dans le cadre du CLSM, avec la planification de l'offre.
- Adapter, coté ARS, les quotités de cofinancement des postes (en définissant une « fourchette ») pour tenir compte des capacités financières des collectivités au regard des besoins repérés.

Les travaux du CCOMS ont permis d'identifier des facteurs favorisant le développement des CLSM, à savoir :

- Un diagnostic réalisé notamment dans le cadre d'un Atelier Santé Ville (méthodologie participative).
- Existence sur la ville:
 - d'un service dédié aux questions de santé ;
 - d'un réseau de santé mentale ou d'un(e) RESAD ;
 - d'une équipe mobile « psychiatrie précarité ».

Mais surtout :

- L'engagement des élus et des équipes de psychiatrie ;
- Les possibilités de participation des usagers et/ou de leurs proches.

Trois leviers peuvent en particulier être renforcés pour faciliter la présence de ces facteurs favorisants sur les territoires :

1. Sur l'engagement des élus, depuis 2012, le Psycom est associé au projet, notamment en proposant gratuitement aux équipes municipales une sensibilisation aux questions liées à la santé mentale.

Découpés en deux demi-journées, cette action éclaire les troubles psychiques et l'organisation des soins et proposent une réflexion globale sur l'intégration citoyenne des personnes concernées par un problème de santé mentale.

La sensibilisation proposée aux élus permet :

- D'expliquer les troubles psychiques ;
- De présenter les dispositifs d'aide et de soins existants sur leur territoire pour favoriser de meilleures orientations ; De sensibiliser aux mécanismes de la stigmatisation et à la réalité des troubles psychiques.

Elles ont été construites avec et sont animées par des usagers des services de psychiatrie, en partenariat avec d'autres acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale.

L'évaluation de cette action montre que les résultats globaux sont positifs et indiquent une intention d'agir et une meilleure compréhension des sujets traités. En revanche, la mesure des résultats est partielle concernant le changement des comportements car les moyens d'évaluation développés prennent en compte le discours des participants et non leurs actions à postériori. Les éléments périphériques (implication personnelle, les perceptions avant/après, les intentions d'agir...) renseignent toutefois sur l'impact de ces rencontres¹⁰.

2. La mise en place des équipes mobiles psychiatrie précarité, EMPP, est confrontée aux difficultés de financement inhérentes à la Dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie. Ce, malgré une évaluation nationale plutôt positive sur l'expérience EMPP.
3. Le renforcement des RESAD par un travail de sensibilisation auprès des secteurs psychiatriques. Cette action de sensibilisation et soutien a porté ses fruits en Seine Saint Denis où le Groupe d'appui santé mentale et action sociale, piloté par la DT93, a accompagné le développement des RESAD. Une action semblable, de sensibilisation et appui aux RESAD, vient de débiter à Paris par la Mission santé mentale de la ville avec le soutien des coordonnateurs CLSM.

Perspectives

- La loi de modernisation de notre système de santé instaure un projet territorial de santé mentale permettant à l'ensemble des acteurs de la santé mentale de travailler en partenariat sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale, établi par les représentants des usagers, les professionnels de santé, les établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance-maladie, les collectivités territoriales, et les conseils locaux de santé mentale.
- L'instruction N° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation prévoit la contribution des conseils locaux de santé mentale, au titre de leur mission de prévention, à l'élaboration d'une cartographie des ressources régionales volontaires pour prendre en charge les jeunes ou leurs familles. Elle devra comprendre des ressources médicales et paramédicales généralistes et spécialisées, des psychologues cliniciens et des établissements médico-sociaux si nécessaire.
- Les difficultés en lien avec la démographie médicale sur certains territoires, notamment pour la pédopsychiatrie, ont un fort impact négatif sur l'accès aux soins et à la

¹⁰ <http://www.psycom.org/Comment-agir/Decouvrez-nos-kits-et-formations/Sensibilisation-des-elus-a-la-sante-mentale>



prévention. Les CLSM peuvent contribuer à la recherche de solutions mais, pour cela, des possibilités de soutien financier à des projets inter-partenariaux de promotion/prévention en santé mentale doivent être identifiées.

Réorientations envisagées

Le travail actuel autour des recommandations du rapport final d'évaluation rédigé par le cabinet Itinere Conseil peut déboucher sur quelques réorientations notamment sur les conditions de cofinancement des postes de coordonnateur pour les villes éligibles à un soutien financier de l'agence.



⇒ *Stratégie de développement de l'ETP*

Education thérapeutique du patient

Faits marquants, à l'issue du PRS

- 706 programmes autorisés auxquels s'ajoutent 62 projets expérimentaux.

Le contexte

En Île-de-France en 2015, 706 programmes sont autorisés auxquels s'ajoutent 62 projets expérimentaux. Les programmes sont autorisés conformément à un cahier des charges national qui a fait l'objet d'un arrêté ministériel (arrêté du 14 janvier 2015). Les projets expérimentaux répondent seulement à un cahier des charges élaboré par l'agence et se destinent à devenir un programme d'éducation thérapeutique après quelques années de financement de l'agence.

80 % d'entre eux (85 % en 2011) fonctionnent en établissement public ou privé. 297 programmes en activité relèvent de l'APHP, soit 53 % des programmes hospitaliers, alors même que la prise en charge des malades chroniques doit relever de la médecine de ville.

Cet état des lieux met en évidence une disparité territoriale : 66 % des programmes dispensés le sont à Paris et dans les communes de la petite couronne.

A contrario, 34 % sont dans les autres départements, avec de larges zones non couvertes, telles que le sud des Yvelines et de l'Essonne, le nord et l'ouest du Val-d'Oise, ainsi que l'est et le sud de la Seine-et-Marne.

Thématique	Nombre de programmes	Nombre de diagnostics éducatifs réalisés en 2014
Asthme	41	5932
Diabète type 1	45	2288
Diabète type 2	47	7500
Diabète gestationnel	12	4618
Diabète tout type	128	60787
AVC	11	1332
Maladies cardiovasculaires	69	19889
Insuffisance rénale chronique	27	3502
VIH	42	9202
Hépatites	26	4158
Cancers	21	2468
Maladies neurologiques	35	5965
Obésité	11	1915
TOTAL	515	129556

Source : données issues des demandes de renouvellement des programmes autorisés entre décembre 2010 et décembre 2011

Ce que prévoyait le PRS

Objectifs définis dans le schéma régional de prévention 2.3.6 :

1. Développer l'offre d'ETP par les équipes pluri-professionnelles
2. Mettre en place une information du médecin traitant et des autres catégories de professionnels de santé
3. Permettre une « montée en compétence » en ETP des professionnels de santé
4. Créer, animer et faire vivre un comité ETP régional



DEVELOPPER L'OFFRE PAR DES EQUIPES PLURI PROFESSIONNELLES

Ce qui a été réalisé

Le développement de l'offre en ETP est conditionné à une réglementation en vigueur et à des modalités de financement. L'aspect réglementaire se fonde sur la conformité à un cahier des charges national construit à partir des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. La demande d'autorisation est à l'initiative des promoteurs, son instruction n'est pas fondée sur des critères de priorisation régionaux (opportunité d'implantation, type de porteurs, besoins identifiés, etc.) mais sur des critères définis dans un texte législatif.

En vue de réduire le déséquilibre entre l'offre ambulatoire et hospitalière, l'Agence a consacré un financement pluriannuel dès 2013 sur des appels à projets destinés à soutenir financièrement d'une part des programmes autorisés et d'autre part des projets en phase de construction de programmes nécessitant un accompagnement pluriannuel, portés essentiellement par des acteurs de l'ambulatoire.

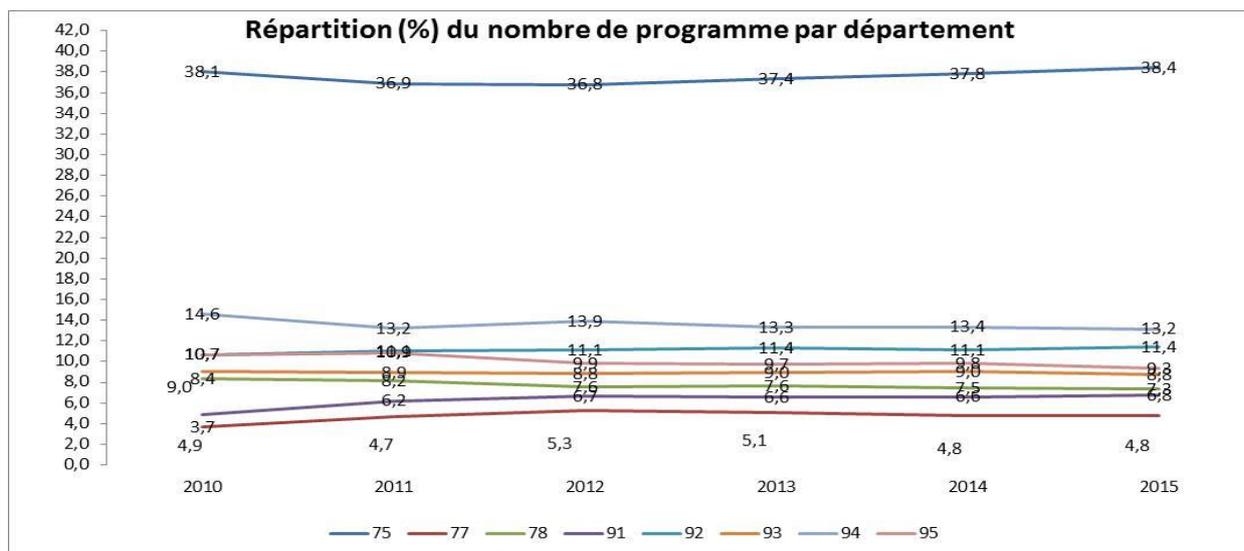
Cet outil de régulation de l'offre comportait également des critères de priorisation géographiques en vue de la réduction des inégalités territoriales, des critères sociaux et de priorisation des pathologies eu égard à l'incidence, à la gravité et au coût engendré, dans un objectif d'amélioration de l'accès à la santé notamment des plus défavorisés.

90 structures majoritairement ambulatoires (associations, réseaux, centres et maisons de santé, maisons du diabète) ont été sélectionnées dans le cadre de ces 2 appels à projets. Un budget total de 2 390 000 € leur a été consacré permettant ainsi de financer 28 programmes autorisés et 62 projets expérimentaux répondant aux critères des cahiers des charges.

Analyse des effets

L'analyse intermédiaire des 3 années de financement montre une bonne adéquation aux critères attendus. Ainsi **57 % des projets (autorisés ou expérimentaux) se développent dans un territoire CLS**. 18 % hors CLS sont inscrits dans des territoires prioritaires (exemple de certains quartiers de Paris). Par ailleurs, la thématique du diabète de type 2 reste majoritaire sur le secteur ambulatoire quelle que soit la priorisation du territoire (CLS, hors CLS).

L'évolution de la couverture géographique montre une stabilité sur certains départements historiquement plus avancés sur le développement d'actions telles que l'ETP auprès de patients chroniques notamment portées par le secteur ambulatoire. Les départements du 91 et le 92 connaissent ainsi une augmentation de sa part. Le département de la grande couronne comme le 77 reste sans évolution nette en raison de la faiblesse du nombre d'acteurs.



L'appel à projets relatif aux projets dits expérimentaux a favorisé le développement de nouveaux projets répondant aux besoins et orientations de l'Agence. Cet appel à projets avait pour finalité première d'accompagner financièrement les équipes dans la construction à l'issue des 3 années de programmes autorisés selon le cahier des charges national.

L'année 2016 sera marquée par le dépôt d'autorisation de programmes qui seront issus des 62 projets expérimentaux qui ont été soutenus. L'analyse à venir montrera la réussite partielle ou totale de ce levier pour l'émergence de programmes.

En matière de création de programmes en ambulatoire reposant sur les expérimentations, nous pouvons toutefois dégager d'ores et déjà les points suivants :

Points forts spécifiques aux appels à projets pour les programmes autorisés

- l'appel à projets est un outil de régulation de l'offre notamment en termes d'innovation.
- la pluri-annualité des financements constitue un levier pour l'atteinte des objectifs.

- des liens ont été favorisés avec les structures hospitalières, des équipes pluri-professionnelles ont été constituées, des partenariats et des rapprochements avec les professionnels de santé locaux se sont développés, le rôle du médecin traitant a été affirmé.

Point fort spécifique aux appels à projets pour les projets expérimentaux

- ces expérimentations de soutien et d'accompagnement de projets sur 3 ans sont une amorce intéressante pour la construction de programmes d'ETP autorisés.

Analyse des freins et leviers

Points à améliorer spécifiques aux appels à projets :

Toutes les expérimentations ne se traduisent pas par la formalisation d'une demande d'autorisation. Ce constat montre :

- la nécessité d'évaluer précisément les potentialités du promoteur pour un engagement même expérimental ;
- la nécessité d'accompagner méthodologiquement les expérimentations.

Perspectives

Le développement de programmes permettant une offre homogène sur le territoire peut être induit par deux leviers :

- La réorientation des financements selon des cahiers des charges spécifiques au secteur hospitalier ;
- Le lancement d'appels à projets ambulatoires selon une approche de thématiques et de territoires prioritaires ainsi que de zones déficitaires.

C'est dans cet objectif que le comité régional ETP voit ses missions évoluer pour amender le contenu des futurs appels à projets.



METTRE EN PLACE UNE INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT ET DES AUTRES CATEGORIES DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Ce qui a été réalisé

L'information auprès des médecins traitants et des autres catégories de professionnels se situe sur deux niveaux :

Communiquer sur l'offre existante en vue d'une éventuelle orientation des patients :

L'agence régionale de santé initie des études territoriales permettant d'aborder à la fois l'ETP mais plus généralement le parcours de santé du patient selon certaines ALD (Exemple : Analyse sur le diabète en Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise pour le Projet Diabète, publiée en 2015). Par ailleurs, l'ARS Île-de-France a contractualisé avec le laboratoire de pédagogie de la Santé de l'Université Paris 13 pour l'élaboration d'un outil de recensement des programmes (CARTEP¹¹). 735 programmes sont recensés au 1^{er} juin 2015. 4369 utilisateurs de cet outil ont été identifiés en 2015 dont 75 % nouveaux par rapport à 2014.

Cet outil nécessite par ailleurs une actualisation régulière compte tenu du processus continu d'autorisation.

Sensibiliser les acteurs à la démarche ETP en vue de susciter des volontés de mise en œuvre de programmes :

L'Agence mise à cet effet sur la création d'évènements ou de séances de travail développés par différents acteurs : plateforme ressource en ETP (voir infra) ou union de professionnels. S'agissant de la plateforme, l'activité principale du Pôle régional et du 95 se traduit par des actions auprès de professionnels sous la forme d'ateliers. Les formats des ateliers décrivent des réalités différentes et le pôle se met en situation d'expérimenter d'année en année des nouveaux formats d'échanges de pratiques comme les permanences de l'ETP, les accompagnements, les ateliers de création ou de rencontre avec un expert ou master class expérimentées en 2015.

¹¹ Site internet : <http://www.educationtherapeutique-île-de-france.org>



S'agissant de représentants de professionnels, l'URPS aux côtés de l'ARS a mis en place une journée (mai 2015) dédiée au développement de programmes en ville.

Journées ville hôpital du Pôle ressource en ETP + journée ville hôpital 95. Ces journées touchent en moyenne 100 personnes.

Analyse des freins et leviers

Les leviers

Mise à disposition d'un outil pour les acteurs ayant la double utilité de rendre lisible l'offre en ETP pour un rapprochement de professionnels mais aussi pour une orientation de patients.

Les freins

Il reste à développer un réel observatoire régional des pratiques d'Education thérapeutique dans une logique de parcours de santé ne se réduisant pas seulement aux programmes autorisés en ETP (exemple actions dites d'accompagnement, de prévention).

PERMETTRE UNE MONTEE EN COMPETENCE DES PROFESSIONNELS

Ce qui a été réalisé

L'évolution constante du nombre de patients chroniques nécessite le développement d'une offre d'ETP dite de proximité au plus près du lieu de vie proposé par les acteurs de première ligne que sont les professions de premier recours.

L'Agence s'appuie sur une plateforme régionale de ressource dont les missions sont l'accompagnement des acteurs, l'appui méthodologique et l'animation d'un réseau d'acteurs experts en ETP.

Parallèlement à la mise en place de cette plateforme régionale, l'Agence **a impulsé une déclinaison de cette plateforme sur certains territoires**. Le département du 95 a été retenu pour structurer un dispositif avec l'appui de la délégation territoriale de l'ARS. Ce territoire a été retenu en raison de l'offre déficitaire en ETP de professionnels de premier recours dans des zones socioéconomiques fragiles.

Analyse des freins et leviers

Les leviers

- Une dynamique autour de l'appui méthodologique est initiée fédérant plusieurs acteurs disposant de la compétence pour répondre à cette mission.

Les freins

L'objectif principal pour les prochaines années est :

- de tendre vers une couverture totale en Île-de-France en matière d'appui méthodologique.
- de développer une articulation entre éducation pour la santé et éducation thérapeutique (partage d'outils...)

Formation des professionnels

Par ailleurs, la montée en compétences ne repose pas seulement sur l'accompagnement et l'appui mais aussi sur la formation des professionnels aux 40h réglementaires d'enseignements théorique et pratique. Cette obligation a induit une multiplication des offres de formation rendant délicate leur repérage et leur qualité.

Levier : le Conseil Scientifique du Pôle de Ressources a formulé un avis portant sur la liste de données à prendre en compte pour choisir un organisme de formation en ETP, en vue d'une formation validante de « 40 heures » afin de guider les professionnels.

Points à améliorer :

Un travail de partenariat est à mener avec l'organisme en charge des formations professionnelles en vue de formuler des préconisations dans le contenu pédagogique. Il est à citer l'OGDPC, l'ANFH.

S'agissant de la formation initiale pilotée par la DGS et DGOS, l'examen des programmes de formation montre que des modules de dispensation de l'ETP sont prévus pour les infirmiers, les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les pédicures-podologues, les pharmaciens, ainsi que les cadres de santé sous réserve de leur diplôme professionnel d'origine.



CREER, ANIMER ET FAIRE VIVRE UN COMITE « ETP » REGIONAL

Ce qui a été réalisé

Le comité ETP régional a fait l'objet d'une lettre de mission définie par :

- Une vision experte sur l'état des lieux régional
- Un avis consultatif sur la stratégie, la politique et les orientations de l'ARS
- Un examen des programmes innovants
- Une proposition d'initiatives susceptibles d'aider au développement de l'ETP
- Un avis et des recommandations en matière d'ETP

Ce comité a été réuni à raison de 3 à 4 fois par an. Sa composition est la suivante :

- Patients, usagers
- Hôpitaux publics, privés, HAD
- Professionnels de santé libéraux
- Réseaux de santé
- Chercheurs
- Assurance Maladie à compter d'octobre 2014

Les sujets abordés ont été nombreux, souvent rattachés à l'actualité. Ainsi on peut citer : L'Appel à projets 2013, le renouvellement des programmes, la formation initiale et continue, la plateforme ressource régionale. Ces sujets ont été abordés à une seule reprise sans suite données avec un plan d'action spécifique.

L'ensemble des membres du comité s'est accordé sur la nécessité de passer à une étape supplémentaire : aborder une démarche qualité des programmes au regard des évaluations quadriennales mais aussi rendre plus « force d'action » le comité. La volonté est ainsi de rendre ce comité plus proactif, intervenant plus en amont des travaux de l'Agence régionale de santé selon une feuille de route annuelle dont les activités concourent aux objectifs du projet prioritaire ETP.



Perspectives générales

Placer le médecin traitant en tant que pivot dans la logique de parcours des patients. Un maillage doit se construire afin de prévoir une réponse de suivi lors de la sortie d'un programme d'ETP. Il est à citer en particulier la prescription d'activité physique prévue par la loi ainsi que la proposition d'actions d'accompagnement.

Par ailleurs, la démarche d'autorisation telle que prévue par la loi ne permet pas une régulation de l'offre compte tenu des expériences inégales entre les professionnels hospitaliers d'un côté et les professionnels de premier recours pour proposer une offre d'ETP.

Réorientation envisagée : Construction d'une approche par priorité de pathologie et de qualité de programme en vue de prioriser le financement.



AMELIORER LA QUALITE GLOBALE DE L'OFFRE EN PREVENTION ET SON ADEQUATION AUX BESOINS DE LA POPULATION

⇒ *Développer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention : promouvoir le pôle régional de compétence, une culture de l'évaluation et développer la labellisation.*

11 Améliorer la qualité de l'offre en prévention



Améliorer la qualité de l'offre en prévention

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Une montée en compétences des acteurs.*
- *Amélioration de la qualité des programmes et des actions depuis 2013.*
- *Une dynamique de développement de la culture d'évaluation enclenchée et désormais intégrée dans tous les projets de santé publique.*
- *Un dispositif régional qui a montré l'étendue des besoins, mais dont la structuration doit évoluer.*

Le contexte

L'ARS contractualise chaque année avec des associations, des collectivités locales, des missions locales pour l'emploi qui se portent candidates pour intervenir sur les champs principaux de la politique régionale définie par l'ARS (PRS/ SRP). Ces acteurs sont soutenus et financés pour mettre en œuvre les actions proposées et ainsi co produire la politique régionale de santé avec l'Agence.

Dans ce cadre, l'objectif d'appui à la mise en œuvre de la politique publique de santé par la montée en compétences des acteurs est un enjeu important. Elle vise l'appropriation des priorités de l'ARS, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes mis en place au niveau régional.

Elle s'adresse aux acteurs qui ont à intégrer la santé dans leurs pratiques professionnelles, leurs interventions en s'appuyant sur les principes et les méthodologies, les savoir-faire de l'éducation pour la santé et la promotion pour la santé.

Il peut s'agir de professionnels, d'élus, de représentants d'institutions de collectivités locales, d'associations. Intervenant dans le domaine de la santé ou en dehors de ce champ, mais ayant à intégrer la santé dans leurs projets et leurs pratiques.

Potentiellement la demande d'appui est importante en ÎLE-DE-FRANCE avec par exemple plus de 400 opérateurs qui répondent chaque année à l'Appel à projet Prévention.



Ce que prévoyait le PRS

Activer les leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention :

- Professionnalisation des acteurs en lien avec Pôle Régional de Compétences en EPS/PS ÎLE-DE-FRANCE ;
- Mise en place d'une procédure de labellisation ;
- Encourager la démarche d'évaluation.

LA PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS

Ce qui a été réalisé

Le dispositif de soutien à la montée en compétences des acteurs, depuis la création de l'ARS, s'est initialement appuyé sur le **Pôle Régional de Compétences (PRC)** et **l'IREPS** qui en assurait la coordination comme dans la plupart des régions (sauf en 2010/2011 où l'ARS a repris en propre la gestion du PRC).

Le PRC a été constitué autour de cinq associations nationales qui se sont regroupées dans le PRC avec l'IREPS. Il s'agit de l'ANPAA, du CRIPS, de la Fédération Addiction, Aides et l'Institut Renaudot.

Par ailleurs l'IREPS fédère les CODES franciliens sur les départements 78,91, 93 et 95 (qui ont gardé leur autonomie) et assure le portage du PRC.

Ce dispositif était piloté au plan méthodologique par l'INPES qui a élaboré le cahier des charges des PRC. Il est cofinancé par l'INPES et l'ARS ÎLE-DE-FRANCE (selon la proportion 60/40).

Chaque année depuis 2010, les PRC renseignent un « outil de reporting ». Les données informent sur le fonctionnement (l'instance de pilotage, les partenaires...) et sur l'activité du pôle (la formation, le conseil en méthodologie de projets, l'appui documentaire...). Il porte essentiellement sur des aspects quantitatifs.

Nombre de professionnels impliqués en ÎLE-DE-FRANCE en 2013 (source INPES) :



Nb de formateurs	Nb de conseillers méthodologiques	Nb de documentaliste
29	35	7

En termes de missions

Trois missions socles sont développées :

1. L'information/documentation en EPS à travers la mise à disposition d'information et d'outils pédagogiques et scientifiques validés (centre de ressources-points relais).

2. La formation en EPS /PS.

Les formations dispensées au titre du PRC sont des formations généralistes qui s'adressent à tous les opérateurs.

Sont ainsi proposés :

- *Un module de base* : promouvoir la santé de la réflexion à l'action.
- *Des modules complémentaires* : la démarche qualité en EPS/PPS, le diagnostic de santé partagé, un levier dans la mise en œuvre d'actions en EPS/PPS, écrire, communiquer et valoriser en EPS.
- *Des modules de spécialisation* : démarche communautaire en santé : du concept à la pratique, coordonner un projet territorial de santé dans une démarche communautaire, le volet santé, un levier complémentaire des médiateurs sociaux, les compétences psycho sociales.

Ces formations sont dispensées par l'ensemble des associations contributrices avec quelques spécificités :

- Les CODES assurent la majorité des formations sur la méthodologie de projet et la plupart des accompagnements méthodologiques.
- Les Associations contributrices dispensent des modules de spécialisation et ceux sur la démarche qualité (AIDES), sur le développement des compétences psycho sociales (ANPAA/Fédération Addiction), la santé communautaire (Institut Renaudot).

3. Le conseil méthodologique et l'accompagnement de projets auprès des acteurs de proximité intervenant en première ligne (professionnels de secteurs social, sanitaire, éducatif, scolaire, sports et loisirs, associations).

Les missions des CODES sont aussi d'apporter un soutien à la mise en œuvre des actions sur le terrain.

Les réalisations de 2011/2015

1. Information/documentation

-une pédagogthèque, un centre ressources régional et une activité de communication (site internet, plaquettes d'information, lettres).

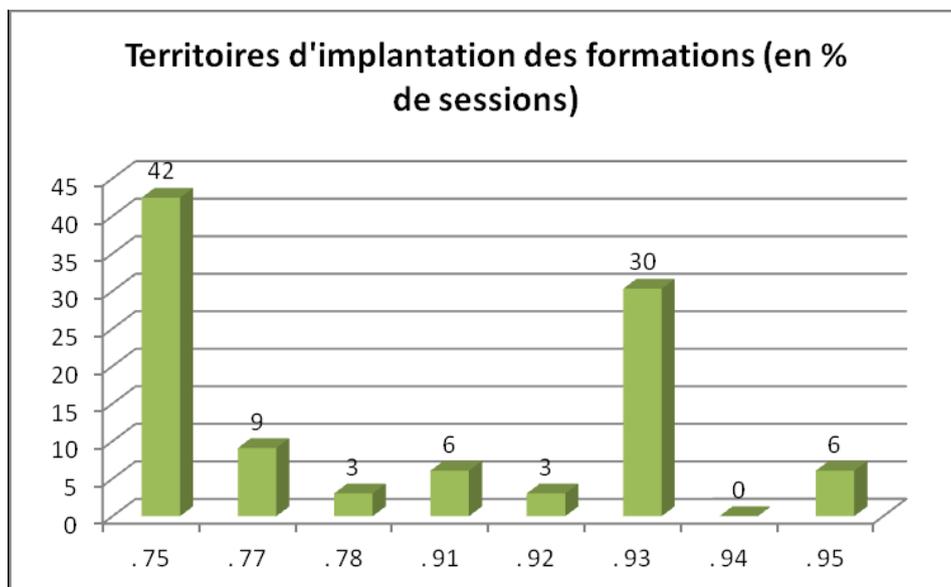
-Des points documentaires décentralisés ont été installés sur tous les départements à destination des acteurs locaux (au total 15 sites documentaires décentralisés sont implantés dans les départements franciliens).

-La mise en place d'un portail documentaire, régional partagé s'est faite en 2011/ 2012 avec la contribution des documentalistes des CODES. Mais, ce site est davantage un site de communication pour les CODES qu'un site de documentation.

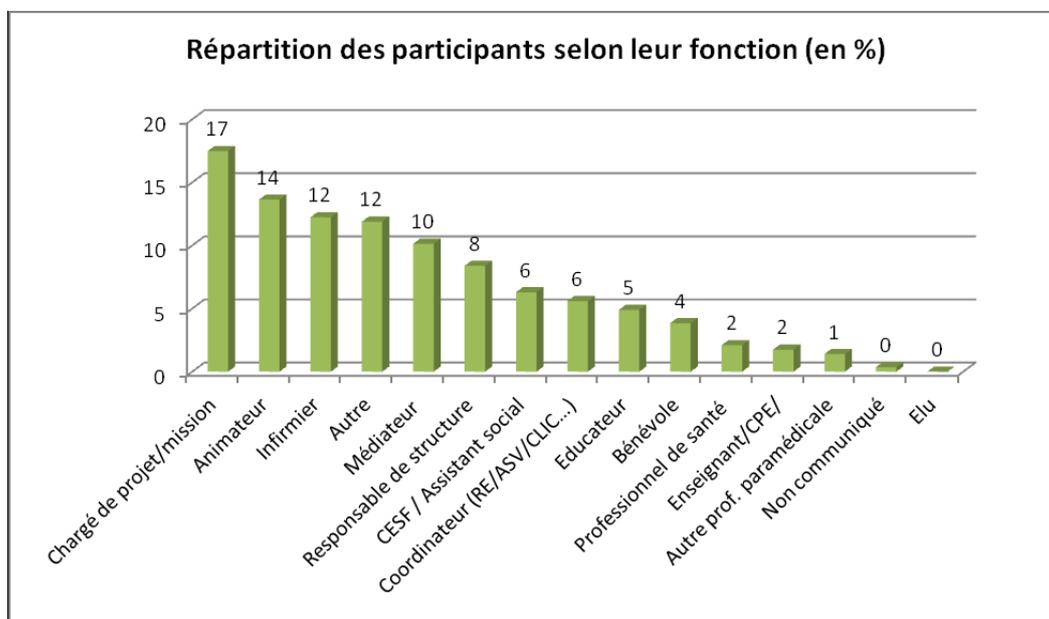
2. Formation

Année	Nb de formations différentes proposées	Nb de jours de formation	Nb de sessions	Nb de personnes formées	Evolution /remarques
2011	11	138	52	518	L'Institut Renaudot n'est pas encore membre du PRC Pilotage général par ARS.
2012	11	94	NR	409	Pilotage par l'IREPS ÎLE-DE-FRANCE
2013	11	91.5	53.5	335	
2014	11	100	33	275	
Moyenne sur 4 ans	11	105.87	-	384.25	

L'offre est restée stable avec 11 formations proposées, une centaine de journées de formation et une moyenne de 384 personnes formées par an.



Territoire d'implantation des formations en 2014



Répartition des participants en 2014. 286 porteurs de projets investis (2 sessions de formations n'ont pas été évaluées et le nombre de participants est inconnu, ainsi ils n'ont pu être comptabilisés).



Des formations dites thématiques ont par ailleurs fait l'objet de financement hors PRC sur appel à projet. En 2013 : 24 actions de formation ont été soutenues au bénéfice de 17 porteurs. Les associations contributrices du PRC ont été financées à ce titre sur la thématique nutrition, éducation à la vie affective et sexuelle.

3. L'accompagnement des opérateurs

Il a représenté 70% du budget. En 2013, un dispositif d'accompagnement coordonné d'appui aux opérateurs (DCAO) a été mis en place sous les formes suivantes :

Le « conseil méthodologique individuel » :

Une rencontre avec un bénéficiaire sur un temps contraint de moins de deux heures. Il s'agit d'une offre de conseil ponctuel qui ne s'inscrit pas dans un accompagnement de moyenne ou longue durée.

Le « soutien méthodologique individuel » dans le cadre du DCAO :

Une rencontre de plus de deux heures et de maximum 4h00 avec un bénéficiaire. Il s'inscrit donc dans un processus de soutien de moyenne et longue durée d'un ou plusieurs bénéficiaires.

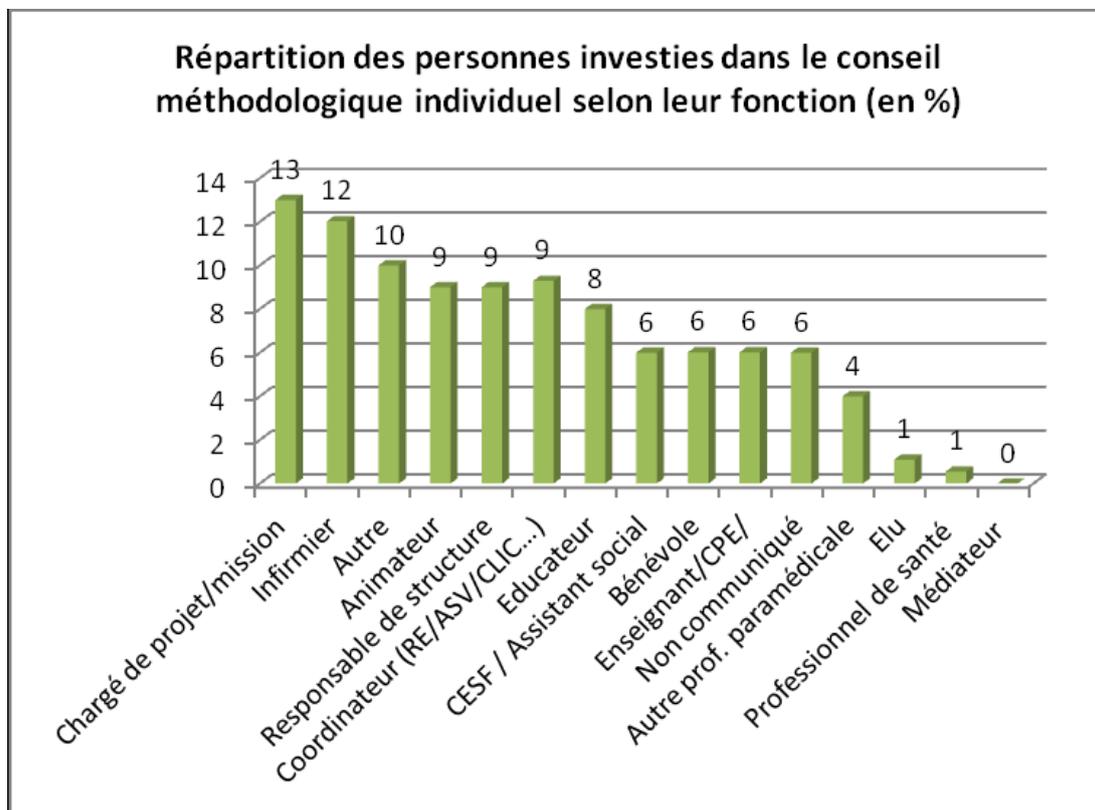
Les « Soutiens méthodologiques de groupe »

Travailler la méthodologie de projets en groupe d'environ 12 participants favorise la co-construction et les échanges entre porteurs de projets d'EPS/PS. D'une durée d'une demi-journée, ces accompagnements de groupe se concentrent sur des étapes de la méthodologie de projet ciblées en amont de la rencontre en fonction des besoins, attentes, demandes diagnostiquées par les professionnels du Pôle.

Evolution appui aux opérateurs

Année	Appui individuel	Appui collectif
2011	263	93
2012	396	290
2013 DCAO	384	491
2014	182	327
Moyenne	306.25	300.25

Une moyenne de 300 personnes par an en appui individuel et autant en appui collectif.



Résultats sur la base de 190 répondants en 2014

Le financement du PRC s'est élevé en moyenne à **837816€ par an** (période 2011-2014) cofinancé par l'INPES et l'ARS ÎLE-DE-FRANCE (60/40).

Quelle analyse des effets ?

1- Des acquis non négligeables...

L'analyse des outils de reporting permet d'affirmer que le PRC a pu constituer un lieu de synergie, de mutualisation, de capitalisation et d'initiatives (le dispositif d'appui aux opérateurs DCAO par ex), comme le prévoyait le cahier des charges 2010-2012 de l'INPES. Il a contribué à l'amélioration de la qualité des programmes et des actions en EPS/PS, mais aussi à la professionnalisation des acteurs. Depuis 2013, une instance de pilotage est présente au sein du pôle, permettant la concertation entre les partenaires, la décision de l'orientation générale du projet ainsi que les activités à mettre en œuvre au sein de la plateforme. Pour rendre visible ses activités auprès des acteurs, le pôle a mis en place un site internet et créé un visuel commun. Les autres outils de communication (newsletters et



plaquettes de présentation du pôle) indispensable à la diffusion d'informations ponctuelles, ont quant à eux été développés. L'analyse des données met en lumière la mobilisation d'acteurs de secteurs divers (santé, social, médico-social...), contribuant ainsi à faciliter la mise en place d'actions adaptées au plus près des besoins des populations et de leurs milieux de vie, mais également à la promotion des démarches intersectorielles et à l'appropriation de l'EPS/PS.

2- ...Mais des limites importantes

Un certain nombre de difficultés sont apparues au cours du PRS :

-Une représentativité incomplète:

L'assise du PRC n'a pas pu s'élargir faute d'intégration d'autres partenaires. Raison invoquée, le temps qu'il a fallu pour acquérir une culture commune et développer une réelle synergie entre les 6 grosses structures différentes dans leurs missions et leur fonctionnement.

-Une évaluation des résultats insuffisante :

L'évaluation du dispositif et de ses actions a porté plus sur le fonctionnement et les données quantitatives que sur l'impact des actions.

-Une politique de l'offre de service à dynamiser :

Conscient de la nécessité de faire évoluer son offre, après une phase d'auto évaluation en 2012/ 2013, le PRC a fait réaliser une analyse des besoins auprès des publics concernés : financeurs d'actions en PPS, responsables de structures en PPS, santé, porteurs d'actions, professionnels. L'étude s'est appuyée sur un volet quantitatif avec 324 répondants et un volet qualitatif sous la forme d'entretiens. Elle a fait émerger des besoins encore à couvrir concernant l'appropriation des concepts d'éducation et de promotion de la santé, l'observation, le diagnostic, l'évaluation, la santé communautaire, la communication, mais aussi en apports techniques en matière d'évaluation, de définition d'indicateurs, de réalisation de rapports d'activité.

Elle a aussi montré que :

- la présence territoriale du PRC restait déséquilibrée malgré les efforts réalisés pour prendre en charge les activités des départements non couverts (Exemple la Seine et Marne couverte par les CODES 91 et 95).



- le PRC devait s'adapter davantage au rythme des professionnels. Le manque de disponibilité de leur part et les durées trop longues des modules de formation étaient considérés comme étant des freins à la participation pour 66% des personnes interrogées.
- le contenu de l'offre était à adapter. Il était demandé que les apports méthodologiques soient complétés par des formations-actions et que l'approche thématique encore trop restreinte aux domaines des interventions des associations contributrices (essentiellement VIH, addictions, santé communautaire...) soit plus ouverte.
- Dans les suggestions, il était souhaité une articulation plus grande entre formation et mise en application des apports, un lien plus direct avec les priorités régionales et le contenu du Guide de l'intervention en prévention de l'ARS, dans une logique de meilleure adaptation aux besoins.
- le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication était souhaité de manière à favoriser l'accessibilité des différents services proposés en s'appuyant sur le déploiement du site internet dans un logique portail, du développement de formation en ligne : MOOC, e-learning, et pour faciliter la mise en réseau des acteurs dans une optique collaborative (transfert de bonnes pratiques, dispositifs d'échanges, mutualisation de moyens).

3. Ces différents constats dessinent pour l'avenir la nécessité d'un changement d'échelle et de dimensionnement pour passer d'un rôle de plateforme de professionnalisation à un statut de centre référent.

La première approche pour faire évoluer le dispositif misait sur une évolution portée par les acteurs du PRC. Une mission a été confiée dès 2014 aux Délégué(e)s Généraux successifs de l'IREPS, afin de rédiger un projet stratégique, en lien avec les associations contributrices et les CODES mais elle n'a pas abouti. Une démarche plus globale de restructuration a été alors engagée aboutissant à une refondation du dispositif avec recours fin 2015 à un appel à projet. Ce dernier s'inscrit en outre dans un nouveau contexte de désengagement de l'INPES des PRC qu'il n'a plus vocation à financer et de montée en première ligne des ARS en matière de pilotage de l'éducation et la promotion de la santé.

Ainsi en 2017, une nouvelle plateforme de ressources régionale prendra la suite du PRC.



Perspectives

Le futur dispositif doit ouvrir la plateforme à des nouveaux acteurs et introduire des modalités de fonctionnement plus souple et réactif s'appuyant sur internet, sur des logiques de contributions plus fluides entre acteurs, sur une nouvelle forme d'animation s'appuyant sur les nouvelles technologies qui doit se marier avec un fond EPS/PPS solide. Tout l'enjeu est d'arriver à construire et à faire fonctionner un nouveau type de plateforme ouvert aux initiatives des contributeurs et d'usagers acteurs.

LA MISE EN PLACE D'UNE PROCEDURE DE LABELLISATION

La labellisation a été considérée comme étant un levier important de développement de la démarche qualité qui vient en complément des outils de l'ARS : guide d'autoévaluation, démarche d'évaluation pour développer la qualité des pratiques et l'efficacité de l'offre PPS.

Le projet labellisation, qui prenait appui sur le PRS, a posé en grands principes : la qualité et l'efficacité.

Les enjeux de la démarche

- Le label a pour principale fonction d'avoir une action sur la qualité de l'offre des promoteurs ; Il vise à faire évoluer les actions en valorisant celles qui procèdent des démarches de santé publique, pertinentes, évoluées et si possible d'effet prouvé,
- Le label se veut aussi un guide de référence pour les opérateurs qui ont envie d'améliorer leurs intervention/ pratiques par la diffusion de cahier de charges, recommandations.
- Il indique les domaines prioritaires où l'investissement des opérateurs est attendu, il spécifie les attendus et propose des référentiels sur lesquels peuvent s'appuyer les opérateurs dans leurs choix et qui leur permettent de se situer et de s'améliorer.

Les modalités d'élaboration et de mise en œuvre prévues

- Chaque label s'appuie sur un cahier des charges qui fixe la base de référence.
- La labellisation s'accompagne d'une démarche service (apport d'information, de données et de méthodes, de conseils, de l'appui on line aux opérateurs).
- Il s'inscrit dans une démarche d'apprentissage visant à enrichir les méthodes, les savoir-faire et à faire évoluer les pratiques des promoteurs sur la base de résultats documentés.
- La labellisation s'appuie sur un procès d'instruction sur dossier au départ et sur le terrain au bout de 12/ 18 mois.

- Les labels sont portés à la connaissance des promoteurs via un dossier de demande de labellisation construit en trois parties : le socle commun de labellisation, le cahier des charges, une fiche d'auto évaluation.

Ce qui a été réalisé

La démarche labellisation a été conduite entre le printemps 2012 et le printemps 2013 puisque le projet a été interrompu à cette date dans le cadre d'arbitrages en termes de moyens.

Les réalisations ont néanmoins été importantes et fédératrices pendant 1 an

- Construction du dispositif : mise en place de l'équipe, évaluation du volume d'activité, des ETP à mobiliser, profilage des fonctions.
- Mise en place de l'organisation du projet : définition du périmètre et du champ de la labellisation, de la stratégie de labellisation, proposition de calendrier de mise en place de labels.
- Travail sur le référentiel avec les acteurs internes concernés, organisation et dimensionnement du projet sous ses différents aspects : juridique, évaluation, qualité.
- Définition du process d'instruction.
- Définition de la démarche service.
- Conception de cahier des charges de labellisation.

La sélection des domaines d'intervention s'est faite selon une logique d'opportunité (reprise par l'ARS du label Arcade de l'Assurance Maladie) et au travers du filtre des domaines de sélections suivants :

- Faire émerger une offre de qualité dans un domaine peu investi et soutenir un premier cercle d'opérateurs engagés :
 - « *label buccodentaire en EHPAD* ».
 - « *label sur le développement des compétences psycho sociales dans le domaine de la santé et de la prévention des conduites à risques* ».
- Faciliter l'évolution des opérateurs sur un champ d'intervention déjà très investi en soutenant l'évolution des pratiques dans le sens de la qualité et de l'efficience :

- « *label saines habitudes de vie sur la petite enfance 0/6 ans* ».
- Poursuivre une dynamique engagée avec les opérateurs :
 - « *label buccodentaire petite enfance* ».

En termes de réalisation, trois cahiers des charges de label ont été conçus ainsi que des recommandations. Dans le cadre de la labellisation deux autres réflexions ont été menées sur le thème d'un label innovation / approche innovation en PPS, sur la labellisation et contribution des entreprises.

Quelle analyse des effets ?

A l'actif de cette démarche

- Un dispositif de travail a été rodé qui a permis de produire des cahiers des charges dans un cadre de concertation ARS/ acteurs et un timing maîtrisé (Base 6 mois, 3 réunions) s'appuyant sur une feuille de route établie en début de mission.
- La logique de concertation a permis pour chaque label de réunir au bon niveau : experts, financeurs, acteurs concernés afin de définir les marges de manœuvre envisageables, définir des objectifs ambitieux mais aussi réalistes et atteignables. C'est une des réussites de la démarche.

De manière concrète, le travail sur les cahiers des charges a contribué à enrichir le guide de l'intervention en prévention en précisant les objectifs, attendus dans deux domaines, les priorités, modalités d'actions sur :

- Les compétences psycho sociales (CSP).
- La santé buccodentaire petite enfance.

Le travail sur le label buccodentaire en EHPAD a donné lieu à un appel à projet partagé DOSMS/ PPS en 2014 visant à faire monter en compétences des personnels soignants et non soignants, des référents nutrition pour en faire des référents buccodentaire/ nutrition.

Cet appel à projet a été très positif. La DOSMS souhaite le reprendre en 2016.

La démarche de production de cahier des charges, de recommandation s'appuyant sur une étude de l'offre/ des besoins et une démarche de concertation dans le format expérimenté dans le cadre de la labellisation est à reprendre/ développer.



L'AVENEMENT D'UNE CULTURE DE L'ÉVALUATION

L'agence souhaite améliorer la qualité globale de l'offre en prévention et son adéquation aux besoins de la population en renforçant la culture de l'évaluation. Pour cela, elle s'est fixé trois objectifs spécifiques :

- 1) *Donner de la visibilité à l'évaluation ;*
- 2) *Accompagner les opérateurs dans la mise en place d'une démarche évaluative (développé dans le chapitre précédent);*
- 3) *Proposer des cadres d'évaluation.*

Ce qui a été réalisé

1. Donner de la visibilité à l'évaluation

L'évaluation doit-être perçue par les promoteurs comme un moyen de valoriser et de donner du sens à leurs actions. Elle doit permettre de répondre à un ensemble de questions relatives à des enjeux, à sa mise en œuvre et à ses effets. Pour les sensibiliser au développement de l'évaluation et que son utilisation ait un impact sur la qualité des actions, les opérateurs sont tenus de préciser tous les ans au moment du dépôt de leurs projets : *les objectifs et indicateurs dédiés au regard des enjeux poursuivis; les modalités d'évaluation retenues ; les résultats recueillis pour les projets antérieurs et/ ou en cours.*

L'Agence communique sur le sujet et précise qu'elle prend en compte l'ensemble de ces éléments dans les phases de priorisation des actions qui se déroulent au moment de la programmation.

Elle analyse à ce titre depuis 2012, **600 projets en moyenne par an**. Les projets départementaux étant analysés par les référents PPS DD ARS, et les projets régionaux par les référents PPS du siège. Une analyse croisée est réalisée en parallèle par les référents thématiques qui pilotent les différents axes. **La démarche d'évaluation élaborée et mise en œuvre par les opérateurs est un élément prépondérant au moment de la priorisation des projets.**



2. *Accompagner les opérateurs dans la mise en place d'une démarche évaluative (développé dans le chapitre précédent)*

Pour que les opérateurs s'approprient les modalités de la démarche d'évaluation et améliorent la qualité de leurs interventions, il est nécessaire qu'ils renforcent leurs compétences dans ce domaine.

Afin de les accompagner, le Pôle régional de compétences a mis en place depuis 2012 des sessions de formation sur la démarche d'évaluation en EPS, et, des demi-journées d'échanges de pratiques.

En moyenne, **8 jours de formation/ an** ont été mis en œuvre sur le thème de l'évaluation pour environ **180 personnes sur 4 ans** (chargés de projet ; coordonnateurs ; responsables de service ; animateurs ; professionnels de santé ; ...) et **3 à 6 demi-journées d'échanges de pratiques/ an** ont par ailleurs été menées sur l'évaluation de projets, la méthodologie d'évaluation, les outils d'auto-évaluation, ... Elles ont concerné environ **240 personnes sur 4 ans**.

3. *Proposer des cadres d'évaluation*

L'agence s'est fortement investie pour renforcer la démarche et proposer des cadres d'évaluation

- a) Elle propose un cadre général pour la demande d'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé. Celui-ci s'inscrit dans le "**guide à l'intention des opérateurs pour le dépôt de projet d'interventions et de demandes de soutien financier**" publié chaque année, il propose un certain nombre d'indicateurs selon les modalités d'intervention et il constitue pour de très nombreux opérateurs un support important.

Par ailleurs, les opérateurs sont invités à se saisir du «**guide d'auto-évaluation**» de l'INPES qui présente ce qu'est la démarche qualité en général et en promotion de la santé en particulier.

(<http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/guide.asp>)

- b) Elle a développé et mis en place dans le cadre du **dispositif CLS** (fin 2015 -début 2016) **un référentiel d'évaluation** visant à évaluer deux enjeux forts des CLS : l'action sur les ISTs et l'amélioration des parcours de santé. Celui-ci est aujourd'hui accessible en ligne sur le site de l'ARS.



Les équipes de l'ensemble des CLS franciliens (*coordinateurs des villes en CLS dans les départements 77/78/91/92/93/94/95 + parfois signataires comme Préfecture, CPAM*) ont été sensibilisés à l'outil d'auto-évaluation (élaboré par l'Agence, la DRDJCS, le collectif ASV/CLS) qui servira à la réalisation d'une enquête par questionnaire en deux temps : **juillet 2016 sur le processus et novembre 2017 sur les effets.**

Les équipes CLS seront accompagnées dans cette démarche et tout au long du processus d'enquête par les référents CLS des DD, l'équipe CLS et la cellule d'appui méthodologique du siège. Des tableaux de bord de suivi répondant au cadre d'enquête leur ont été proposés à l'occasion des échanges qui ont eu lieu dans chaque département.

- c) L'agence a mis en place des groupes de travail (composés des CMS, réseaux CH impliqués) dans le cadre des expérimentations **PASS Ambulatoires et Mission LAMPES**. Ils ont conduits des réflexions sur la définition de critères et d'indicateurs visant à rendre compte à minima de la mise en œuvre des activités et de leurs premiers résultats.
- d) Enfin, l'agence met en place actuellement un groupe de travail avec les acteurs des **Conseils Locaux de Santé Mentale**, le CCOMS, le Psycom, le collectif ASV, les DD ARS, ... qui a pour objectif d'élaborer et de mettre en œuvre courant 2016 un document support de bilan (avec un volet qualitatif et évaluatif) des activités des CLSM d'Île-de-France.

Quelle analyse des effets ?

La mise en place de modalités d'évaluation est désormais une étape incontournable dans la démarche projet de tous les opérateurs qui interviennent dans le cadre de la programmation PPS et d'un certain nombre de dispositifs suivis par la DSP.

L'analyse de données recueillies en **2012** dans le cadre de la programmation PPS avaient mis en exergue les difficultés rencontrées en méthodologie de projet par plus d'un promoteur sur deux. On avait relevé pour certains, l'absence de modalités d'évaluation, la définition d'objectifs peu précis dans leur formulation, pour certains trop ambitieux, difficilement mesurables, etc. Il avait été conseillé de procéder à une sélection d'objectifs, de critères et d'indicateurs moins nombreux, mais plus adaptés permettant de disposer à minima de résultats lisibles qui puissent donner du sens à leurs interventions.



Aujourd'hui, même s'il n'y a pas eu de nouvelle analyse globale réalisée depuis 2012, les référents PPS qui suivent et instruisent les projets notent une certaine amélioration dans leur construction et une plus grande implication des équipes rencontrées sur le sujet de l'évaluation. Cela se traduit pour de nombreux projets par la définition d'objectifs, de critères et d'indicateurs plus cohérents et l'existence de données de résultats, là où pour certains il n'y en avait pas auparavant.

En ce qui concerne **les CLS** on note dès à présent un réel dynamisme des équipes sur le sujet. Ils tiennent à pouvoir rendre compte des résultats de l'ensemble de l'activité du CLS au niveau de leur territoire.

Plus globalement, on peut penser que la dynamique est engagée et que l'approche évaluative est entrée dans les pratiques des intervenants.

Analyse des freins

L'absence d'un Système d'Information permettant un suivi linéaire des opérateurs sur plusieurs années avec des données quantitatives et qualitatives, et le croisement d'éléments du prévisionnel avec des données de résultat, ne permet pas de formuler un avis éclairé sur la réelle efficacité d'un certain nombre d'actions.

Cette absence est d'autant plus pénalisante que, sur le plan organisationnel, l'on est passé d'une logique de portage de l'évaluation des projets par une équipe interne à l'ARS à une logique de portage par les opérateurs eux-mêmes : ces opérateurs étant adossés à un PRC lui-même en difficulté, la systématisation de l'évaluation reste partielle.

Perspectives

Le développement de la culture de l'évaluation représente un enjeu important car comme on peut le voir encore trop souvent il est difficile de prendre une décision, de rendre des comptes ou de parler d'amélioration lorsque l'on ne dispose pas de données et d'éléments permettant d'apprécier une réalité.

L'une des questions majeures, qui interroge le dispositif dans sa globalité, est celle de l'évaluation globale du dispositif et de la politique publique de prévention et promotion de la santé. Elle ne peut se résumer à « la somme » des évaluations de chacune des actions, ou du moins à la consolidation.

Il conviendra dans le futur PRS non seulement de s'interroger d'une part sur les effets des politiques menées dans les principaux champs retenus en matière de prévention et de



BILAN

promotion de la santé, mais aussi d'évaluer les effets propres (« systémiques ») des processus de mise en œuvre de ces politiques (choix stratégiques, arbitrages, dispositifs de contractualisation, etc...)



AUGMENTER LA CULTURE DU SIGNALEMENT ET DU RISQUE CHEZ LES ACTEURS DE SANTE, LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES CITOYENS

- ⇒ *Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et des crises en santé publique.*
- ⇒ *Renforcer les dispositifs de veille.*

12 Dispositifs de veille, d'alerte et de réponse aux menaces et aux crises

Dispositifs de Veille, d'alerte et de réponse aux menaces et aux crises

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *La structuration d'une plate-forme de Veille et de Sécurité Sanitaire assurant, en un point focal unique, la réception de l'ensemble des signalements émis par les professionnels de santé et les institutions partenaires.*

Le contexte

La Veille Sanitaire est l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel pouvant présenter un risque pour la Santé afin de mettre en place des actions précoces et adaptées.

En Île-de-France, la densité de population, le nombre de déplacements journaliers et les échanges internationaux 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. En matière environnementale l'activité industrielle passée et présente peut être source d'exposition des populations.

Les inégalités sociales de santé accroissent certains risques à fort gradient social dans le domaine infectieux ou lié aux conditions de vie (intoxication au CO, Saturnisme...)

Enfin, en matière de risque iatrogène et nosocomial, la forte activité de soins sur la Région Île-de-France entraîne de facto une augmentation des situations rencontrées.

Les dispositifs de Veille d'alerte et de réponse sanitaire reposent sur un réseau d'acteurs que ce soit pour assurer la surveillance ou pour mettre en œuvre les mesures de réduction des risques.

Avec la création des Agences Régionales de Santé, le dispositif de Veille Sanitaire s'est structuré à l'échelon régional avec la mise en place d'un point focal régional, tout en maintenant un maillage territorial indispensable à l'animation des partenaires.

Pour ce qui concerne les Situations sanitaires Exceptionnelles, les menaces et les crises sanitaires de santé publique recouvrent les principaux scénarii suivants :

- La prise en charge de victimes en grand nombre quel que soit le mécanisme de l'évènement ;
- Les situations d'épidémie touchant le territoire ou les menaces d'épidémie à microorganisme émergent ;
- Les évènements collectifs occasionnant des lésions chimiques ou radiologiques ;
- Des sinistres naturels ou accidentels affectant les professionnels ou les structures de santé.

Dès lors qu'un évènement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public, le pilotage de la crise incombe au Préfet ; dans ce cadre, l'ARS, placée pour emploi sous l'autorité des Préfets de département et de zone, et contribue à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire. Cette situation crée un degré de complexité pour l'ARS lorsque plusieurs préfets sont impliqués dans la gestion d'une crise dépassant les limites d'un département.

Compte tenu des particularités administratives de la zone Île-de-France, de l'organisation spécifique des services d'incendie et de secours et l'influence historique de l'établissement de santé de référence, un des enjeux du PRS a consisté à assurer le positionnement institutionnel de l'ARS et faciliter sa reconnaissance par les tiers de son rôle d'autorité sanitaire régionale.

Il existe par ailleurs de situations sanitaires exceptionnelles n'occasionnant pas de trouble à l'ordre public, qui relèvent de la compétence proposée du directeur général de l'agence.

Dans tous ces cas de figure, et que la cinétique et la durée de la crise soient courtes ou soient longues, la gestion de ces situations implique la mobilisation des acteurs de santé et des établissements. Le rôle de l'agence consiste à gérer cette mobilisation et à assurer le pilotage stratégique et la coordination de ces effecteurs.

L'objectif in fine consiste à protéger ou à prendre en charge les populations exposées et de favoriser des comportements adaptés au sein de la population, ce qui nécessite de développer une culture de crise partagée voire idéalement de les associer à la gestion de ces situations sanitaires.



Force est de constater que la culture du risque est peu développée au sein de la population générale, mais on assiste depuis plusieurs années à l'élargissement progressif du cercle des acteurs de la crise très ciblés au départ sur les principaux services de secours et de soins sous l'égide des autorités administrative.

Les priorités du PRS 2013-2017 et de son schéma de prévention ont été établies dans deux directions :

- La coordination de l'action des acteurs de premier rang relevant de la compétence de l'agence par un travail de préparation à la gestion de crise.
- En parallèle, la sensibilisation des autres acteurs selon une montée en puissance progressive.

Ce que prévoyait le PRS

- Construire le dispositif de veille et de réponse aux menaces et aux crises sanitaires.
- Mettre en place des outils partagés adaptés (constitution de bases de données fiables, moyens de diffusion en masse d'éléments d'information, instruments de reporting).

Ce qui a été réalisé

CONSTRUIRE LE DISPOSITIF DE VEILLE ET DE REPONSE AUX MENACES ET AUX CRISES SANITAIRES

La structuration d'une plate-forme de Veille et de Sécurité Sanitaire assurant, en un point focal unique, la réception de l'ensemble des signalements émis par les professionnels de santé et les institutions partenaires a contribué à favoriser le recueil de ces situations. Ce point focal est aujourd'hui bien identifié par les professionnels de santé et reçoit pratiquement la totalité des signalements faits à l'ARS.

Le lien fonctionnel mis en place au sein de cette plate-forme entre l'expertise de l'InVS représenté par la CIRE et l'ARS a permis de faciliter l'apport de l'expertise épidémiologique lorsque celle-ci était nécessaire à l'analyse d'une situation.

Au-delà de l'expertise de l'InVS, la construction du dispositif de VSS a également nécessité de formaliser les modalités de recours à des expertises utiles pour caractériser des risques ou définir les mesures à mettre en œuvre. Ainsi des partenariats ont été construits avec l'ARLIN, le CAP-TV, des réseaux d'infectiologie, de consultations spécialisées

(environnementales, de parasitologie etc). Pour ce faire l'ARS a pu s'appuyer sur le réseau d'offre de soins particulièrement développé en Île-de-France.

Le maintien d'équipes de Veille Sanitaire dans les territoires a contribué au développement d'un dispositif bien articulé avec les institutions territoriales (PMI, services de l'état et collectivités territoriales...) et facilite le développement d'actions spécifiques dans les territoires à forts risques ou enjeux ;

La construction du dispositif de réponse aux crises sanitaires a reposé sur une triple approche :

1- La prise en compte des problématiques sanitaires et médicosociales dans le dispositif ORSEC de gestion de crise préfectorale et 'élaboration des volets santé des plans ORSEC, notamment :

- ORSEC DGSNV/NOVI en 2010 ;
- ORSEC NRBC en 2012 ;
- ORSEC mise à l'abri des populations en 2012.

2- L'élaboration du dispositif de planification sanitaire :

- Gestion d'une inondation depuis 2010 ;
- Plan canicule : annuel depuis 2010 ;
- Plan NRBC 2012 ;
- Plan iode 2012 ;
- Plan pandémie 2013 ;
- Plan vaccination 2015 ;
- Refonte des plans blancs élargis 2014.

3- La construction des procédures de gestion de crise, la formation et l'entraînement

Le dispositif de gestion de crise a été progressivement procéduré (et continue de l'être) au fil de la mise en œuvre des instructions et de l'élaboration des plans.

L'ARS a participé à la sensibilisation et à la formation de professionnels ou des futurs professionnels de santé (notamment en intervenant dans le cadre de la capacité de



médecine de catastrophe , de la formation des réservistes de l'EPRUS et celles des cadres de santé organisée par l'EHESP) mais également en adaptant le dispositif des CESU, et en dotant la région d'un dispositif d'équipe mobile de formation des personnels hospitaliers aux problématiques NRBC et aux SSE.L'ARS a également joué un rôle moteur dans la participation des équipes hospitalières aux entraînement zonaux civil militaires du CZCME.

Ces formations ont principalement concernés les personnels des établissements et n'ont pu être élargies à ce jour aux professionnels de santé d'exercice libéral.

Les actions de sensibilisation de la population générale ont également été très limitées en dehors d'actions d'information "grand public" le plus souvent mises en place à l'occasion des exercices de défense.

METTRE EN PLACE DES OUTILS PARTAGES ADAPTES

Constitution de bases de données fiables, moyens de diffusion en masse d'éléments d'information, instruments de reporting.

Un gros travail de constitution de bases de données fiables a été effectué depuis la création de l'ARS mais le point faible demeure leur mise à jour régulière qui induit une charge de travail importante.

En dépit de plusieurs tentatives, l'agence ne s'est pas ailleurs toujours pas dotée d'outils de diffusion de message d'alerte en masse.

Dans le domaine de la gestion des SSE, le déploiement récent de l'outil SISAC-crise facilite la communication entre les différentes composantes de l'agence. Son ouverture à d'autres partenaires santé extérieurs à l'agence est actuellement à l'étude ; elle pourrait faciliter à la fois le partage en temps réel des informations et accélérer la constitution d'une culture de crise commune.

La mise à disposition d'outils et d'informations en Veille Sanitaire utiles aux professionnels de santé s'est appuyée sur les dispositifs existants en particulier la PAPS.



Perspectives

Les enjeux pour les années à venir consistent principalement :

- à faire progresser le niveau de prise en compte des menaces sanitaires de tout type, y compris d'origine climatique ou terroriste;
- à régionaliser le dispositif de planification sanitaire en mettant en place le dispositif (ORSAN) ;
- à doter l'agence d'outils performants de communication avec l'ensemble des partenaires concernés par la gestion des SSE ;
- à prendre en charge de nouveaux risques (arboviroses, BHRé...) ou à adapter les dispositifs existants pour améliorer le niveau de protection (exposition au plomb...).

Le dispositif régional de Veille Sanitaire va par ailleurs être impacté par les évolutions nationales de réforme des vigilances et de structuration du Réseau Régional de Sécurité Sanitaire. Ces évolutions réglementaires vont permettre de mieux formaliser les partenariats et l'animation du réseau qui sont déjà bien engagés en Île-de-France.



MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR RENFORCER LA VEILLE

⇒ *Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales.*

13 Expositions ou pathologies à composante environnementale

⇒ *Prévenir les infections liées aux soins et lutter contre la résistance aux antibiotiques.*

14 Infections liées aux soins et résistance aux antibiotiques

⇒ *Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales.*

Expositions ou pathologies à composante environnementale

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Amélioration de la prise en charge des pathologies à composante environnementale en favorisant la coordination des professionnels et l'accès des patients à une prise en charge adaptée.*
- *Mise en œuvre de mesures complémentaires aux actions environnementales de réduction préventives des pollutions.*
- *Faible montée en charge des consultations hospitalières dédiées, ce qui doit réinterroger la démarche d'appropriation du dispositif par les acteurs et professionnels de santé.*

Le contexte

Les situations d'expositions environnementales ou de pathologies liées à l'environnement sont régulièrement signalées à l'ARS par la population ou les professionnels de santé : exposition de riverains à des rejets de substances chimiques dans l'environnement ou des nuisances olfactives, syndrome des bâtiments malsains, suspicion d'un nombre anormalement élevé de cancers dans une zone géographique donnée. A ces signaux doivent être ajoutées des situations nombreuses mais non comptabilisées, que ce soit les plaintes émanant des riverains d'installations industrielles, les affaires traitées directement par les collectivités territoriales et les situations d'exposition ne faisant l'objet d'aucun signalement par les riverains. Enfin, les pathologies d'origine environnementale, à l'image des pathologies liées à l'habitat insalubre, font rarement l'objet de surveillance épidémiologique ou d'outil de suivi spécifiques.

Ces situations se heurtent donc à plusieurs niveaux de difficultés:

- Les intervenants sociaux restent les interlocuteurs privilégiés (voire uniques) des personnes les plus vulnérables : leur compétence doit être renforcée pour leur permettre de gérer la plurifactorialité des mécanismes en cause (environnemental, médical, social) ;

- Les acteurs de terrain signalent que les connaissances épidémiologiques, notamment sur le lien exposition/pathologie, devraient être plus facilement accessibles ;

Les signaux évoquant une exposition environnementale, comme les plaintes des particuliers liés à des odeurs chimiques, sont avant tout réceptionnés et traités par les mairies et laboratoires spécialisés des investigations environnementales. Ces signaux sont transmis tardivement à l'ARS, qui n'est pas identifiée comme ressource pour l'évaluation des risques, les recommandations sanitaires de ces signaux et la capacité à mobiliser les services préfectoraux.

- D'une manière générale l'environnement institutionnel en mutation nécessite que soient précisées les missions des nouvelles institutions et structurées de nouvelles modalités de collaboration entre ces partenaires.

Les médecins traitants sont les professionnels de santé vers lesquels se tournent les personnes suspectant un problème de santé ou d'exposition liée à leur environnement. Les cas nécessitant expertise peuvent être adressés au réseau des consultations hospitalières de pathologies professionnelles et toxicologie, même si ce réseau est avant tout une ressource pour les expositions professionnelles.

En Île-de-France ce réseau de 6 consultations assure 6000 à 7000 consultations de médecine professionnelle par an. Les missions de ces consultations spécialisées consistent à proposer un bilan clinique, une prise en charge médicale adaptée et si besoin une aide à la reconnaissance en maladies professionnelles. La majorité de ces consultations (Cochin, Centre Hospitalier Intercommunal Créteil, Fernand-Widal, Raymond Poincaré) prennent aussi en charge, de fait, des pathologies de l'environnement non professionnel mais sans augmentation effective de leurs moyens. Ces consultations travaillent en réseau et partagent un support informatique commun pour leurs observations (bases de données RNV3P des dossiers de consultations). Les pathologies professionnelles prises en charge par ces consultations offrent une référence pour les pathologies environnementales liées à des expositions chimiques car elles s'expriment à des doses plus fortes. Les compétences et la multidisciplinarité développées par ces consultations sont assurément utiles pour la détection et la prise en charge de pathologies à composante environnementale.

Ce que prévoyait le PRS

Dans ce cadre, l'ARS a souhaité accompagner la montée en compétence des professionnels de santé et acteurs sociaux en santé environnementale par la diffusion de connaissances d'épidémiologie environnementale. L'ARS souhaitait également se faire connaître comme



point focal pour signaler toute situation sanitaire inhabituelle, et comme ressource pour l'évaluation des risques, l'investigation, les recommandations sanitaires sur ces situations et la mobilisation des services préfectoraux. La mise au point de procédures contractualisées de signalement rapide sera recherchée avec les laboratoires spécialisés (notamment le laboratoire central de la préfecture de police et le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris), et les collectivités territoriales.

L'objectif visé était donc de renforcer les capacités de traitement de ces patients, en facilitant l'accès à une prise en charge médicale individuelle adaptée dans des délais rapides. Plutôt que la création d'un nouveau réseau dédié de professionnels de santé, l'objectif passe par l'extension des missions et le renfort par l'ARS -en moyens et en visibilité- du réseau des 6 consultations de pathologies professionnelles et toxicologiques en Île-de-France (action faisant partie de la fiche n°14 du PRSE2).

Ce qui a été réalisé

En région Île-de-France, du fait du passé industriel et la forte pression foncière, les situations d'exposition de riverains à des pollutions anciennes sont fréquentes. Si les mesures environnementales permettant de réduire ces risques d'exposition une fois identifiés existent, il est rapidement apparu que les questions de prises en charge sanitaires des riverains concernés devaient être mieux structurées.

C'est en ce sens que l'ARS et ses principaux partenaires (CIRE, CAP-TV) ont développé un dispositif permettant, en complément des actions environnementales de réduction des pollutions :

- De structurer une capacité d'expertise à même de formuler des recommandations de prise en charge pour les populations soumises ou ayant été soumises à ces expositions,
- De se doter de consultations gratuites et spécialisées vers lesquelles adresser individuellement ces populations.

STRUCTURATION DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS NECESSITANT UNE EXPERTISE SPECIFIQUE COMPTE-TENU DE LEUR SITUATION D'EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

Un dispositif régional de prise en charge des patients nécessitant une consultation spécifique du fait de leur exposition environnementale a été mis en place.

Ce dispositif s'appuie à ce jour sur deux centres de consultation de pathologies professionnelles et environnementale : celui de Lariboisière (CAP-TV, 75) et celui du Centre



Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC, 94). Il a été organisé en s'appuyant sur un financement du Fond d'Intervention Régional et est structuré via des conventions avec l'Agence Régionale de Santé.

Il permet de disposer de capacité de prise en charge dédiées (incluant les analyses biologiques) vers lesquelles orienter des particuliers identifiés comme ayant été soumis à des polluants environnementaux. Cette contractualisation avec les réseaux de cliniciens experts (CAP-TV, FIAMA) a ainsi permis de disposer d'une capacité de prise en charge médicale individuelle adaptée dans des délais rapides pour les particuliers concernés et faisant suite au constat par les autorités d'une exposition spécifique (riverains de sites pollués par des activités anciennes, d'installations identifiées comme étant la source d'émissions importantes etc...).

Dans le cadre de ce dispositif toujours en cours de développement, **55** consultations individuelles ont été assurées, le dispositif incluant également la prise en charge des actes de biologie nécessaires (analyses sanguines en particulier).

STRUCTURATION DE L'EXPERTISE

La formalisation des modalités de recours à l'expertise par conventionnement entre l'ARS et le CAP-TV ainsi que entre l'ARS et la FIAMA a permis de disposer d'un réseau d'experts régionaux mobilisables, facilitant ainsi l'émission de recommandations sanitaires collectives vis-à-vis des populations exposées à des polluants spécifiques.

Les experts sollicités ont ainsi pu rendre des avis quant à l'intérêt de la réalisation de dépistages ou formuler des recommandations quant au suivi médical des populations exposées à mettre en œuvre.

ACTIONS DE SENSIBILISATION

La sensibilisation des professionnels de santé déclarants sur les risques liés à l'environnement a été intégrée aux actions de sensibilisation sur le dispositif de Veille et d'alerte de manière générale.

Les actions menées à ce titre sont :

- L'organisation de Journées Régionales de Veille et Sécurité Sanitaire en 2011 et 2013 ;
- La diffusion sur la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) des informations utiles à la déclaration et à la gestion des risques liés à l'environnement.



Enfin un dispositif de recueil des situations d'intoxication environnementale comme des situations d'exposition collectives auprès du CAP-TV a permis de compléter les dispositifs déclaratifs réglementaires existants.

Perspectives

A ce stade le dispositif de recours aux consultations spécialisées mises en place par le CAP-TV ou la FIAMA semble suffisant pour répondre aux besoins tant en termes d'expertise qu'en terme de prise en charge en consultations.

Un axe de développement non engagé à ce jour pourrait concerner la diffusion de l'expertise et des informations utiles vers les professionnels de santé de première ligne (médecins traitants en particulier). Pour ce faire un dispositif de retro-information sur les alertes prises en charge par l'ARS pourrait permettre à d'apporter plus d'informations aux professionnels de santé et acteurs sociaux en santé environnementale par la diffusion de points réguliers aux principaux partenaires. Dans le même objectif, le réseau d'expertise monté pourrait devenir un réseau de recours pour ces professionnels de première ligne.

Par ailleurs la visibilité du dispositif de consultation dédiée doit être améliorée de façon à ce qu'il puisse également répondre à des besoins de consultation en dehors des dossiers traités par l'ARS dans une démarche de réduction des expositions. En particulier celui-ci pourrait être utile dans le cadre des actions prévues dans certains CLS sur les expositions liées à des activités relevant du Règlement Sanitaire Départemental.

Enfin, en termes de perspectives, le travail avec les partenaires régionaux de la Veille Sanitaire devrait être dans l'avenir structuré autour du futur réseau Régional des Structures de Vigilance et d'Appui. La question des modalités d'intégration des structures d'expertises intervenant dans le champ de l'exposition environnementale à ce réseau de partenaires devra être étudiée.



⇒ *Prévenir les infections liées aux soins et lutter contre la résistance aux antibiotiques.*

Infections liées aux soins et résistance aux antibiotiques

Le contexte

Les infections associées aux soins sont celles qui surviennent au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient. Lorsqu'elles sont consécutives à une hospitalisation, on parle d'infections nosocomiales (IN).

Les actions engagées au niveau régional en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins se sont pleinement inscrites dans la déclinaison du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS (PNPIAS).

A ce titre ces actions s'articulent autour des axes et programmes retenus dans le PNPIAS 2009-2013 et en particulier :

- Le programme national de prévention des infections nosocomiales (en ES),
- Le programme national de prévention des IAS en établissements médico-sociaux,
- Le plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville,
- Le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques (voir plus haut),
- Le plan d'action national de maîtrise des bactéries multirésistantes (BMR).

L'Île-de-France compte plus de 400 établissements de santé et d'importants centres hospitalo-universitaires avec une attractivité importante sur le plan national et international. Cette activité importante confère un enjeu particulier aux actions de prévention et de lutte contre les Infections associées aux soins ainsi qu'au suivi des recommandations visant à retarder l'émergence des bactéries multi résistantes en France.



Ce que prévoyait le PRS

Compte-tenu de ce contexte particulier, les grandes orientations retenues dans le PRS d'Île-de-France se sont articulées autour de deux axes : le renforcement de la lutte contre l'émergence de Bactéries multi-résistantes d'une part et l'extension du dispositif mis en place dans les établissements de santé vers les établissements médico-sociaux d'autre part.

Ce qui a été réalisé

FACILITER LE SIGNALEMENT ET LE SUIVI DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

La création à l'ARS d'un point focal chargé de réceptionner l'ensemble des alertes sanitaires a contribué à faciliter la démarche de déclaration des signaux d'infections associées aux soins dans l'ensemble des secteurs.

Dans le secteur hospitalier, toujours dans une démarche de facilitation de la déclaration, L'ARS a poursuivi avec les principaux acteurs régionaux et notamment l'ARLIN, la promotion du dispositif de télé-signalement des infections nosocomiales (e-sin) : actions de sensibilisation, réalisations de bilans à des fins de rétro-information, accompagnement des équipes opérationnelles d'hygiène des établissements, etc...

Dans le secteur médico-social, la mise en place, chaque année, d'un dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës en EHPAD déployé en lien avec la CIRE a permis, au-delà du suivi de chacune des situations épidémiques, une sensibilisation fortes des établissements médico-sociaux à la démarche de déclaration.

Sont diffusés également, en début de saison hivernale, les recommandations en matière de prévention et de gestion des épisodes épidémiques.

Par ailleurs, compte-tenu des éléments de cadrage nationaux fournis par l'instruction du 9 mai 2012 *relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR)*, l'ARS a mis en place un dispositif de sensibilisation des établissements sanitaires aux mesures visant à limiter la diffusion de bactéries multi-résistantes dès lors qu'un rapatriement était porté à sa connaissance par une société de rapatriement.



ELABORER DANS CHAQUE ETABLISSEMENT UN PLAN LOCAL DE MAITRISE DES EPIDEMIES

Dans le cadre du PRS et dans la déclinaison du plan national, l'ARS, en s'appuyant sur l'expertise du Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) a pu accompagner la structuration des Plans Locaux de Maitrise de Epidémie à BMR au sein de chaque établissement de santé.

Des outils visant à faciliter l'élaboration de ces plans locaux ainsi qu'un dispositif de suivi de leur réalisation ont ainsi pu être déployés sur l'ensemble des départements franciliens.

DEPLOYER DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL LA DEMARCHE D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX

Vis-à-vis du risque infectieux dans le secteur médico-social, l'ARS et l'ARLIN ont mis en place un dispositif d'accompagnement structurant. En particulier, ont été décliné dans chacun des huit départements franciliens :

- Des actions annuelles de formation et de partage d'expérience entre les établissements (EHPAD, MAS et FAM) sur la mise en place d'une démarche de maitrise du risque infectieux.
- Des actions de formation au bon usage des antibiotiques en Etablissement médico-social en lien avec l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) et de l'ARLIN.

Par ailleurs, dans trois départements (77, 78, 95), un dispositif d'accompagnement individualisé d'une vingtaine d'établissements médico-sociaux pour chacun des trois départements par une infirmière d'hygiène mobile a été mis en place.

RENFORCER LA COLLABORATION AVEC LE CCLIN/ARLIN

La structuration des liens entre l'ARS et l'Antenne Régionale du Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) ayant pour mission de donner un appui scientifique et technique aux Etablissements en matière d'investigation, d'enquêtes épidémiologiques, de documentation, d'élaboration d'outils et de formation dans le domaine des IN a constitué un axe de travail important dans le cadre du PRS 1.



DEVELOPPER UNE ACTION DE CONSEIL AU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Dans le secteur médicosocial, le Kit pour le bon usage des antibiotiques en EHPAD a été diffusé et fait l'objet de formation des personnels dans le cadre de la démarche d'analyse du risque infectieux en établissements médico-sociaux (cf. supra).

Dans le secteur sanitaire, l'optimisation du recueil des données de consommation et de résistance des antibiotiques repose sur le déploiement de l'Outil CONSOIRES. Plusieurs sessions de formation pour l'utilisation de cet outil ont été organisées par l'OMEDIT et le CCLIN.

Dans le secteur libéral la mise en place du conseil en antibiothérapie par voie téléphonique auprès des médecins libéraux grâce à un financement de l'ARS : la ligne côté pragmatique.

Quelle analyse des effets ?

Les objectifs stratégiques ont été atteints par la mise en place de nombreuses actions et d'un partenariat dynamique avec les principaux partenaires que sont l'Arin et l'Omédit.

La formalisation et le suivi d'indicateurs plus opérationnels devraient permettre à l'avenir d'assurer un meilleur suivi de l'efficacité des actions entreprises.

Analyse des freins et leviers

Les expériences innovantes qui, comme la mise en place des infirmières mobiles d'hygiène en appui aux Etablissements Médico-Sociaux (EMS), ont fait la preuve de leur efficacité, mais ne disposent cependant que de financements non pérennes ce qui nuit à leur déploiement.

Par ailleurs, afin de mieux suivre l'efficacité des actions et programmes engagées, des indicateurs pourraient être prévus dans le PRS2, tels :

- L'identification de référents Antibiotiques et hygiène dans 75% des établissements sanitaires et médico sociaux.
- Le Suivi de la consommation et de la résistance aux antibiotiques.

Il faut également noter que, bien qu'initialement prévue dans le PRS, la rédaction d'un plan régional de maîtrise d'une épidémie à BMR n'a pu aboutir malgré la constitution d'un groupe de travail conjoint ARS-CCLIN/ARLIN-établissements de santé.

Perspectives

En juin 2015, les orientations nationales ont été revues et complétées dans le cadre du déploiement du Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (Propias) qui s'applique aux trois secteurs de l'offre de soins en impliquant les usagers.

Celui-ci s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins.

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les perspectives franciliennes :

- Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Dans les déclinaisons franciliennes, sont d'ores et déjà envisagées les actions suivantes :

En matière de prévention des risques infectieux:

- Poursuite du dispositif d'infirmière mobile d'hygiène sur les départements déjà couverts et déploiement sur les autres départements.
- Axe spécifique de formations à destination des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation pour la prise en charge de patients porteurs de bactéries hautement résistantes (BHRe).

En matière de réorientations envisagées par rapport au PRS 2013-2017 :

- Réorientation du plan régional de maîtrise d'épidémie pour insister sur l'importance de la filière SSR.
- Arrêt de la ligne téléphonique coté pragmatique pour le conseil en antibiothérapie et nouvel appel à projet régional en cours de réalisation.

Création d'un comité de pilotage régional de lutte contre l'antibiorésistance ARS/Assurance maladie.



POURSUIVRE DES ACTIONS PARTENARIALES REpondant AUX BESOINS DES FRANCILIENS

⇒ *Répondre aux nouveaux enjeux de prévention.*

15 VIH

16 Addictions

⇒ *Mettre en œuvre le plan tuberculose. Améliorer la couverture vaccinale*

17 Tuberculose

18 Vaccinations

⇒ *Développer le dépistage organisé des cancers.*

19 Cancer

⇒ *Préserver le capital de santé bucco-dentaire.*

20 Santé bucco-dentaire

⇒ *Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail.*

21 Santé au travail

⇒ *Renforcer la prévention et fluidifier le parcours de santé.*

22 Diabète

⇒ *Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux.*

23 Risques environnementaux : Pressing

24 Risques environnementaux : Eaux

25 Risques environnementaux : Survol

⇒ *Assurer la coordination des vigilances.*

26 Pratiques des professionnels et institutions : coordination des vigilances



BILAN

- ⇒ *Promouvoir la sécurité sanitaire des prises en charge*
 - 27 Politique du médicament et des produits de santé
 - 28 Qualité de la prestation pharmaceutique

- ⇒ *Répondre aux nouveaux enjeux de prévention*

La lutte contre l'infection à VIH

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Après une baisse pluriannuelle des déclarations obligatoires, il semble qu'un plancher, voire un rebond de découverte de séropositivité soit observé entre 2013 et 2014. Il n'est pas encore possible de savoir si ce rebond est durable et s'il est dû à l'épidémie elle-même ou à une extension du dépistage.*
- *Le dépistage est plus précoce, conformément aux recommandations, mais la proportion de dépistages tardifs reste encore trop élevée en Île-de-France et affecte plus particulièrement les migrants quel que soit le territoire.*
- *Le dispositif de dépistage et de prise en charge a connu trois évolutions importantes sur la période : l'extension des TROD, la réforme des CEGIDD qui a mis fin à la césure ancienne entre dépistage VIH et dépistage IST, et la relance du partenariat entre l'ARS et les COREVIH.*
- *Les écarts sociaux et territoriaux dans l'exposition à l'épidémie ont conduit à des réajustements des moyens alloués, mais ces réajustements restent imparfaits et insuffisants.*
- *L'émergence de nouvelles stratégies de prévention (prévention combinée¹²) doit, à l'issue du PRS 2013-2017, être intégrée dans les perspectives du PRS2.*

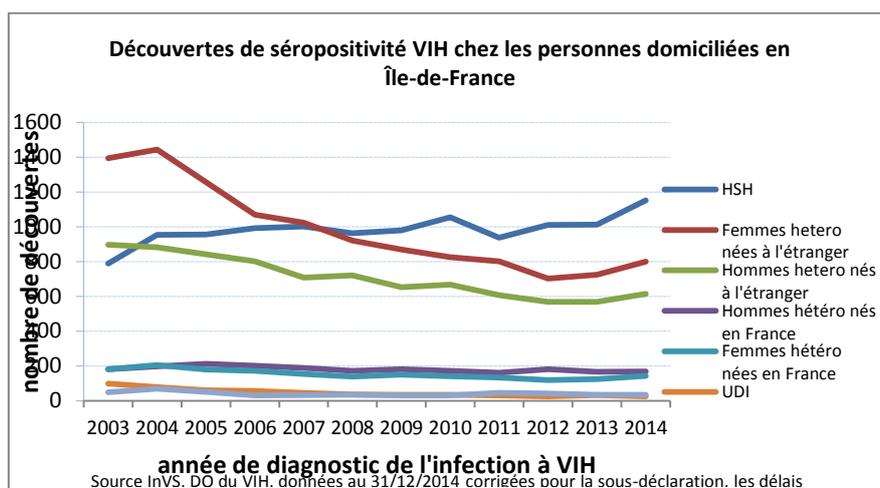
Le contexte

La région Île-de-France concentre 45% des cas de découverte de séropositivité avec 2935 cas sur 6584 déclarations obligatoires (DO) en 2014 en France¹³. Il s'agit d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans 39% et de migrants dans 60%. 25% sont dépistés à un stade tardif (Sida ou CD4<200). Paris concentre 42% des DO en Île-de-France et la Seine-Saint-Denis 17% des DO (données 2013).

¹² La prévention combinée associe l'usage du préservatif, l'accès au dépistage et l'accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes séronégatives et séropositives.

¹³ BEH et BVS 12/2015

Le nombre de déclaration avait baissé de 25% entre 2003 et 2013, baisse qui affectait exclusivement les migrants alors que le nombre de découvertes chez les HSH restait globalement stable (source CIRE) ; cependant entre 2013 et 2014, les DO ont augmenté de +11% bien que non significatif vue la largeur des intervalles de confiance.



La cascade de prise en charge en amont des files actives reste par contre problématique: 20% des personnes vivant avec le VIH ne seraient pas dépistées soit près de 10 700 personnes (6 100 -16 700) en Île-de-France¹⁴ et parmi les personnes dépistées, des délais et obstacles subsisteraient dans l'accès à la prise en charge (triangulation des données DO et Piramig).

En amont et dans un contexte d'épidémies d'IST non maîtrisées. La dynamique épidémique chez les HSH est déjà bien connue ; le taux d'infection récente est un témoin de l'active transmission et de plus en plus de jeunes hommes découvrent leur séropositivité. Les modélisations de l'étude PARCOURS estiment que 35 à 49% des PVV migrants d'Afrique subsaharienne ont acquis le VIH après leur arrivée en France (BEH 1/12/15) et une fréquence des relations transactionnelles. Parmi les populations dites 'difficiles à atteindre', 5% de personnes Trans identitaires ont découvert leur séropositivité lors de dépistage de proximité par TROD et la prise en charge pour ce groupe particulièrement vulnérable n'est pas optimale (données COREVIH ouest).

Les 5 COREVIH d'Île-de-France ont rapporté une file active de 45 145 patients ayant eu un suivi hospitalier en 2014 dont 187 enfants < 15 ans ; 60% sont des hommes, 74% âgés de

¹⁴ Inserm 2010



plus de 40 ans, 34% des HSH, 54% des migrants dont 38% d'Afrique sub-saharienne. A leur dernière visite en 2014, 94% étaient traités par cART, et parmi ceux à plus de 6 mois de traitement 90% avaient une charge virale contrôlée et 0,9% étaient en échec immuno-virologique (source Piramig 2014).

En 2015, 3 779 dossiers de demande d'attribution de droit au séjour pour les personnes étrangères malades ont été traités en Île-de-France, dont 2 285 pour VIH, 671 pour hépatites B et 823 pour hépatites C.

Ce que prévoyait le PRS

Réduire le risque de contamination infectieuse (VIH –hépatites-autres IST..) et promouvoir la prévention combinée :

- Renforcer les actions de sensibilisation :
 - en mobilisant les acteurs associatifs, les professionnels de santé et les acteurs publics vis-à-vis des publics particulièrement concernés en Île-de-France du fait d'une incidence importante du VIH (HSH, migrants, personnes en situation de prostitution, usagers de drogues, détenus, transgenres) ;
 - en favorisant les actions au plus près des lieux de sociabilité de ces populations ;
 - en prenant en compte une approche de réduction des risques sexuels, adaptée à chacune de ces populations et aux séropositifs ;
 - en formant les professionnels de santé (dépistage, du soin et de l'éducation thérapeutique);
 - en organisant la prise en charge selon les territoires.
- Renforcer le dépistage vis-à-vis des populations concernées et l'adapter aux besoins de la population :
 - en restructurant l'offre des centres de dépistage au niveau des territoires en les orientant vers des approches populationnelles plus fines en développant une synergie forte entre les actions des associations au plus près des lieux de vie et les approches des centres de dépistage ;

- en soutenant les centres de dépistage pour mener des actions (sur les lieux de vie en lien avec les acteurs locaux et dans les structures recevant des populations particulièrement concernées) ;
 - en privilégiant une approche globale du dépistage s'intégrant dans les actions de prévention, comprenant la sensibilisation aux risques et l'articulation avec la prise en charge sanitaire.
- Améliorer l'adhésion aux traitements antiviraux et l'accompagnement des personnes en difficulté.
- en veillant sur l'accès aux droits et aux soins, par le soutien à l'observance et la réduction des transmissions

Ce qui a été réalisé

Les actions réalisées relèvent de plusieurs champs, chacun d'eux permettant d'atteindre un des objectifs du PRS. Le tableau ci-joint propose une correspondance entre actions et objectifs

Les objectifs du SRP	Organisation des actions				
	Comprendre et analyser l'épidémie	Réorienter les actions de prévention (l'AAP)	Renforcer le rôle des COREVIH	Mettre en place les CEGIDD (2015-2016)	Développer les TROD
Renforcer les actions de sensibilisation			2016-2017 : implantation de la PREP		
Renforcer le dépistage vis-à-vis des populations concernées et l'adapter aux besoins de la population	Comprendre les inégalités territoriales et sociales à l'œuvre	Ré-orienter la prévention vers des populations moins atteintes par les messages, ou plus en difficultés		Adapter les stratégies de dépistage IST/VIH, et organiser un redéploiement territorial en fonction des besoins	Facilitation de dépistage hors les murs, en direction de populations fréquentant peu les centres de dépistage.



BILAN

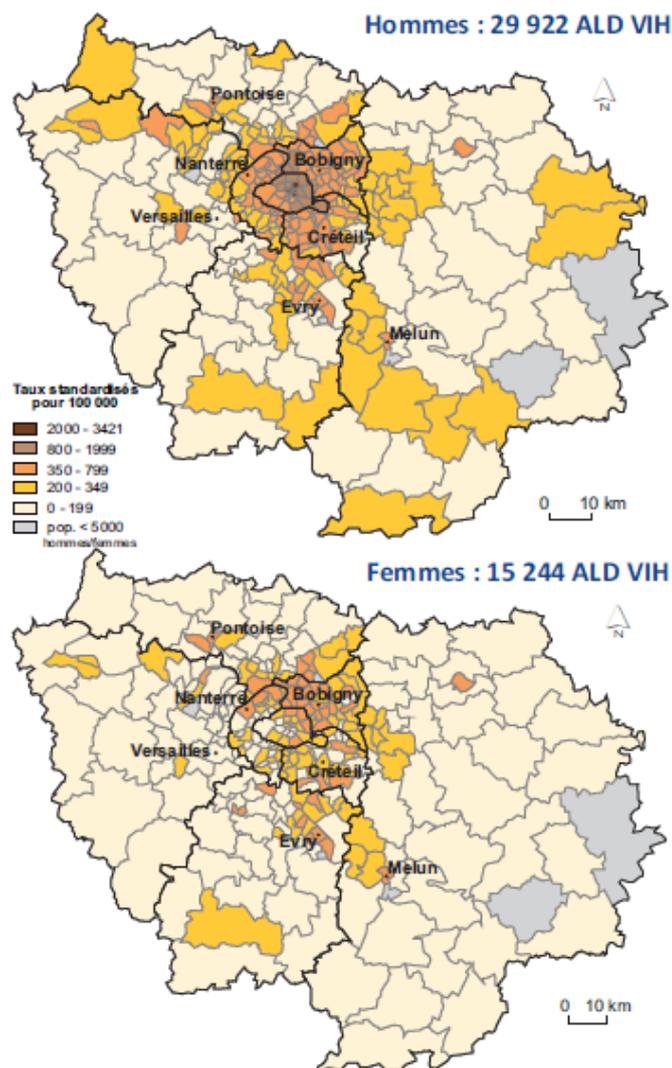
Améliorer l'adhésion aux traitements antirétroviraux et l'accompagnement des personnes en difficulté			Par la confortation de l'action des COREVIH, renforcer la cohérence des parcours de prise en charge	Organiser les conditions d'une prise en charge immédiate du patient	
---	--	--	---	---	--

COMPRENDRE ET ANALYSER L'ÉPIDÉMIE FRANCILIENNE

A mi-parcours du PRS il est apparu nécessaire de faire le point sur l'épidémie francilienne. Pour cela, plusieurs actions ont été engagées.

L'ORS, sur proposition de l'Agence, a réalisé une cartographie basée sur les ALD pour VIH, présentée dans un bulletin ad hoc, et dont le résultat est présenté ci-dessous.

Fig. 1 - Taux standardisés* de bénéficiaires de l'Affection de longue durée pour VIH (ALD 7) en 2013 pour 100 000 personnes par canton ou ville en Île-de-France



* standardisation sur l'âge réalisée en prenant comme structure de référence la population de la France en 2012.
Sources : CnamTS, RSI, Insee RP2012, exploitation ORS Île-de-France.

Par ailleurs, et de façon prospective, le rôle des COREVIH dans l'analyse des données de file active a été renforcé. L'analyse des données disponibles à l'ARS (rapport d'activité Piramig, rapports TROD) a fait l'objet de présentation/discussion et rétro information des partenaires. Une concertation et mise à plat de l'ensemble des données disponibles (INSERM, InVS, ORS, ARS) pour la région et les départements du 75 et 93 est en cours de structuration sous l'égide de l'AC23 de l'ANRS. La première réunion de mise à plat est prévue en octobre 2016.

POUR REDUIRE LES DEPISTAGES TARDIFS : ADAPTER LE RESEAU DE DEPISTAGE AUX TERRITOIRES DE L'EPIDEMIE, ET GARANTIR L'EQUITE SOCIALE ET TERRITORIALE D'ACCES AU DEPISTAGE

Sur la période du PRS, deux grands axes de redéploiement ont été engagés, qui ont sensiblement modifié l'accès concret au dépistage en Île-de-France.

1. La mise en place des CEGID

Les structures de prévention du VIH et des IST (CDAG désignés par l'ARS et CIDDIST habilités par l'ARS ou CIDDIST gérés par les Conseils départementaux) ont connu en 2015 la réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale portant création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le VIH et les hépatites virales et des IST.

La réforme a été conduite en 2015. De nombreuses structures ont dû se regrouper, créer des partenariats pour aboutir à la mise en place d'un nouveau dispositif au 1er janvier 2016 avec l'habilitation de 27 CeGIDD sur le territoire francilien (32 sites principaux et 27 antennes).

Le choix en Île-de-France a été de moduler les agréments en fonction à la fois de l'histoire des dispositifs et de l'appréciation des besoins territoriaux, notamment au regard de données épidémiologiques. Elle a permis la simplification du suivi administratif et financier des structures (toutes les structures sont maintenant habilitées par l'ARS et financées par le FIR).

Le résultat de ce travail est donné dans le tableau ci-dessous :

Dep	Situation antérieure	Situation actuelle	Evolutions majeures
75	4 CDAG-CIDDIST hospitaliers + 2 CDAG hospitaliers 3 CDAG-CIDDIST portés par le Département de Paris 2 CDAG-CIDDIST associatifs	11 CeGIDD - 12 sites principaux (SP) - 1 antenne	Maintien des structures existantes malgré une enveloppe départementale légèrement diminuée 2 nouvelles structures (l'une sous forme d'antenne) accueillant principalement le public HSH
77	3 CDAG-CIDDIST hospitaliers	3 CeGIDD - 3 SP - 5 antennes	Création d'une antenne à Nemours malgré une enveloppe départementale légèrement diminuée

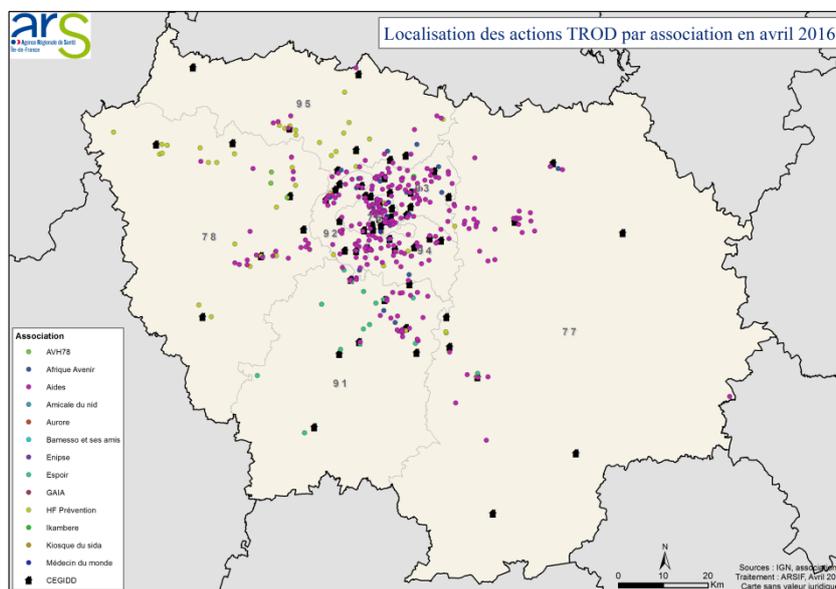
78	3 CDAG-CIDDIST hospitaliers + 2 CDAG hospitaliers	2 CeGIDD - 2 SP - 4 antennes	Regroupement et maintien des structures existantes auparavant
91	CDAG-CIDDIST (4 sites) portés par le Conseil Départemental	1 CeGIDD - 4 SP - 3 antennes	Maintien de la situation existante
92	4 CDAG-CIDDIST hospitaliers 5 CDAG-CIDDIST portés par les Centres municipaux de santé	3 CeGIDD - 3 SP - 4 antennes	Regroupement de structures sur la boucle Nord du 92 2 CMS ne poursuivent pas leur activité malgré une demande en tant qu'antenne de CeGIDD et malgré une augmentation des ressources sur ce département
93	CDAG-CIDDIST portés par le Conseil Départemental 3 CDAG hospitaliers	3 CeGIDD - 3 SP - 4 antennes	1 CeGIDD porté par le Conseil Départemental et 2 CeGIDD hospitaliers avec une augmentation importante des ressources sur ce département compte tenu des besoins
94	3 CDAG-CIDDIST hospitaliers 4 CDAG-CIDDIST portés par des Centres municipaux de Santé	3 CeGIDD - 4 SP - 2 antennes	Regroupement et maintien des structures existantes à l'exclusion de l'UCSA de Fresnes
95	CDAG-CIDDIST portés par le Conseil Départemental 2 CDAG hospitaliers	1 CeGIDD - 1 SP - 3 antennes	Regroupement de structures, 1 CDAG hospitalier ne poursuit pas son activité. Des antennes qu'il n'a pas été possible d'ouvrir (ou de maintenir pour l'une) malgré une augmentation des moyens sur ce département

2. Le développement des TROD

L'apparition des TROD a modifié le rapport des usagers au dépistage. Si le dépistage conventionnel reste stable en Île-de-France (1,3 millions de dépistage annuel dont 8% anonymes), l'offre de dépistage de proximité par TROD est en augmentation et a fait l'objet d'une synthèse avec restitution aux 18 associations habilitées en Île-de-France (réunion novembre 2015).

Nb de TROD réalisés	2011	2012	2013	2014	2015
	3 071	14 800	23 700	28 800	30 675

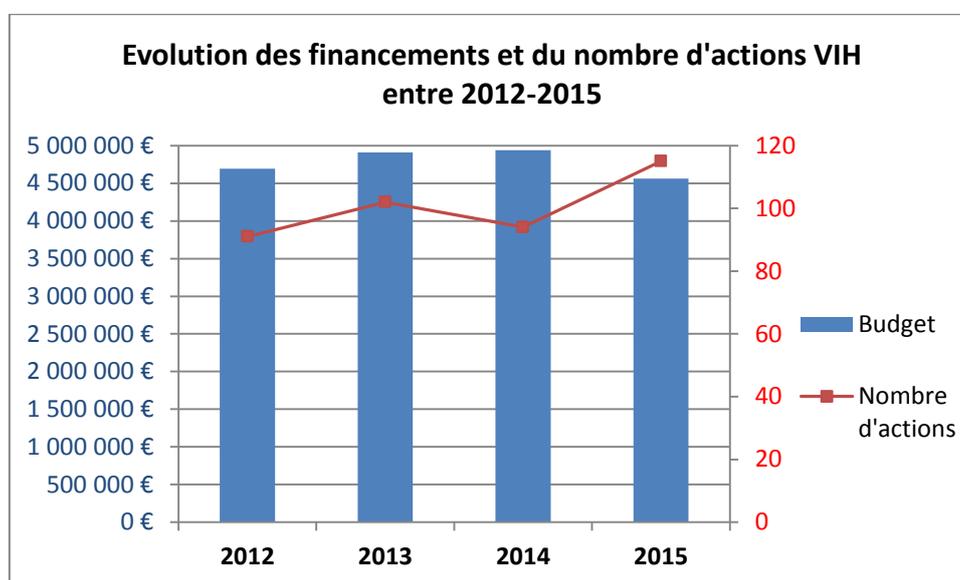
Sur 28 800 TROD réalisés en 2014, 10 000 ont concerné des migrants avec un taux de positivité > 1%. Le taux de positivité le plus élevé atteignant 5% concerne les personnes trans identitaires. Plus de 400 points d'interventions sont recensés en avril 2016 (la fréquence d'intervention est variable).



Outre la mise à l'échelle et coordination des actions de dépistage TROD de proximité, les points de faiblesse identifiés par les opérateurs sont l'accompagnement des personnes découvrant leur séropositivité dans la démarche de soins, et l'accompagnement des personnes négatives dans la prévention combinée.

LA REORIENTATION DES ACTIONS DE PREVENTION SOUTENUES A VISE UN ENSEMBLE D'OBJECTIFS : RENFORCER LES ACTIONS DE PREVENTION PRIMAIRE SUR LES TERRITOIRES LES PLUS EN DIFFICULTES, ET/OU LES MOINS BENEFICIAIRES DE CES ACTIONS, RENFORCER CES ACTIONS EN LES ADAPTANT MIEUX AUX GROUPES LES PLUS A RISQUE, ETC.

L'outil essentiel de régulation est l'appel à projets annuel qui traduit, le plus souvent, dans le champ du VIH, des projets soutenus par des conventions pluriannuelles et des actions d'ampleur régionale.



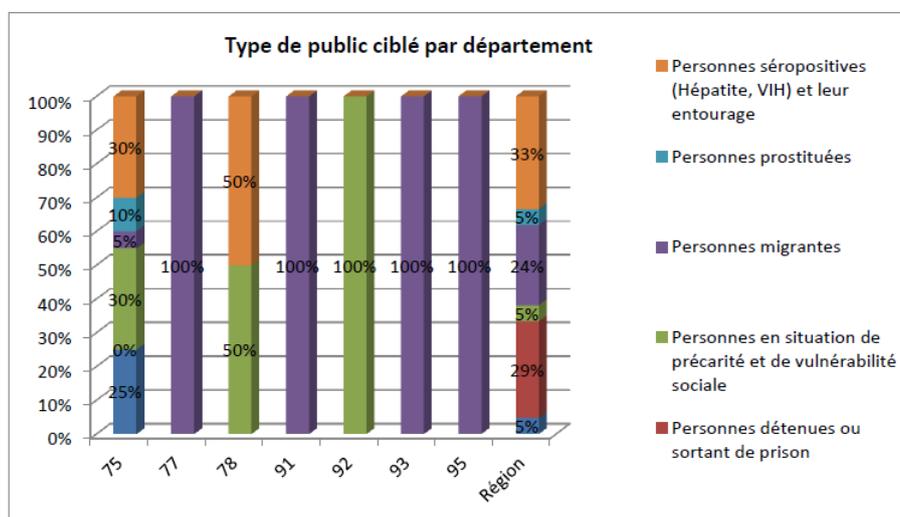
Entre 2012 et 2015, le montant des financements alloué aux actions VIH est relativement stable (4.692.298€ et 4.564.100€ respectivement).

En moyenne 90% des actions sont portées par des associations et les 10% restant par des collectivités territoriales.

L'analyse détaillée des actions financées en 2015 montre que :

- les principaux types d'intervention mis en place sont :
 - la prévention collective d'information-sensibilisation (49 % actions).
 - la prévention individuelle (23% actions).
 - le dépistage-repérage (13% actions).

- les actions visent principalement :
 - Personnes séropositives (Hépatite, VIH) et leur entourage.
 - Personnes migrantes.
 - Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale.



AMELIORER LE PARCOURS DES PATIENTS, EN RENFORÇANT LE ROLE DES COREVIH ET EN S'ATTACHANT AUX PERSONNES EN DIFFICULTES.

Au-delà de la prévention primaire et du dépistage précoce, la question de la prise en charge immédiate et de l'absence de rupture dans le parcours de soins est devenue un enjeu considérable, au fur et à mesure que le VIH entrait dans le champ des maladies chroniques.

Pour y répondre, un programme d'actions commun à l'ensemble des 5 COREVIH de la région a été élaboré et a donné lieu à la formalisation d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'APHP. 10 actions de santé publique ont été définies en concertation avec toutes les parties prenantes. Chacune des actions est pilotée par un COREVIH qui assure de fait la coordination des 5 COREVIH dans le développement de l'objectif.

S'agissant des personnes étrangères demandant un droit au séjour pour raison médicale, question qui est liée à celle de la continuité des soins, la proportion d'avis favorables en 2015 s'établissait ainsi :



- Personnes demandant autorisation en lien avec le VIH : 98% d'avis favorables.
- Personnes demandant autorisation en lien avec hépatites B : 73% d'avis favorables.
- Personnes demandant autorisation en lien avec hépatites C : 46% d'avis favorables.

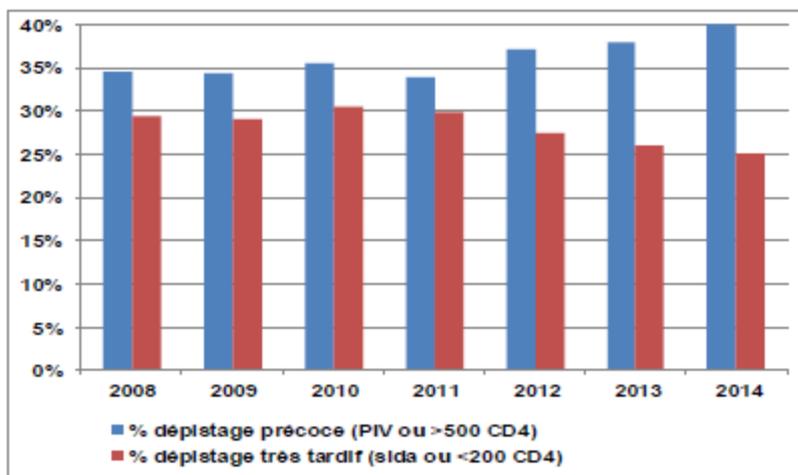
Quelle analyse des effets ?

En termes épidémiologiques, on observe en 2015 un rebond des déclarations obligatoires. Il est trop tôt pour affirmer les causes de ce rebond, qui concerne les HSH et les migrants : il est possible qu'il soit lié à l'augmentation des TROD.

Même si la cible régionale fixée pour 2015 est atteinte, et malgré une évolution tendancielle positive¹⁵, le dépistage tardif du VIH reste trop élevé (1/4 des dépistages). Le diagnostic tardif est plus fréquent chez les migrants, au-delà du territoire. En 2014, 22% des DO à Paris sont à un stade tardif vs 28% des DO en Seine-Saint-Denis. Cependant, une analyse plus fine, en particulier des infections récentes, montre que les personnes africaines domiciliées en Seine-Saint-Denis sont dépistées à un stade plus précoce que celles domiciliées à Paris ; respectivement 23% des hommes et 14% des femmes en SSD vs 14% des hommes et 8% des femmes à Paris.

¹⁵ Le taux de dépistage tardif (SIDA clinique ou CD4 <200) a baissé de 30% 2008 des DO à 25% des DO en 2014 en Île-de-France

Pourcentage de diagnostics tardifs et précoces parmi les découvertes de séropositivité, Ile-de-France, 2008 à 2014.



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Quelle prise en compte des ISTS ?

Les inégalités sociales de santé en matière de VIH sont à la fois plus profondes que l'on ne pense, et plus complexes. Elles passent par différents mécanismes

- On sait depuis les enquêtes de la presse dite « gay » que, à l'intérieur même des HSH, il existe une stratification sociale des connaissances en matière de prévention. Cette stratification sociale passe à la fois par les mécanismes liés au système et niveau d'éducation, et par des phénomènes de rejet ou de stigmatisation.
- Les mécanismes d'exclusion sociale, d'absence de droits, d'insécurité dans l'espace public, conduisent à des retards dans les dépistages, même gratuits, dans les prises en charge, etc.
- L'accès au dépistage précoce est lié à la fois à la disponibilité du système de soins (libéral et spécialisé : CIDDAG puis CEGIDD), et à la volonté du patient de se faire dépister près de son lieu de vie ou de travail, ou plus loin.

Ces interactions sont d'analyse parfois difficile : 40 % des usagers des centres de dépistage parisiens viennent d'autres départements, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit de déplacements liés à une crainte de stigmatisation ou à un défaut de centre de dépistage à proximité de leur lieu de vie.

Face à ces mécanismes, les orientations prises ont été conjointement de

- Prioriser dans les actions de prévention les territoires défavorisés (sur la base classique de l'IDH2) et les actions associant les usagers de groupes sociaux plus défavorisés
- Rééquilibrer les CEGIDD lors de l'attribution des agréments

On constate (cf. plus haut) que le mouvement a été enclenché, mais qu'il reste probablement insuffisant.

Analyse des freins et leviers

L'ARS s'appuie sur le réseau associatif et institutionnel et sur les 5 COREVIH pour accompagner les acteurs, identifier les besoins et solutions pour l'amélioration de l'intervention et sa qualité, renforcer le suivi/évaluation et l'utilisation des données pour l'aide à la décision.

La lutte contre le VIH est une mobilisation de tous ces acteurs qui nécessite un renforcement de la concertation et du pilotage avec une forte dimension territoriale. La richesse des informations VIH disponibles impose une mise à plat des données pour permettre leur utilisation effective à la prise de décisions.

La mise en place de la réforme portant création des CeGIDD a été un véritable levier pour :

- L'identification d'une structure en charge de la lutte contre le VIH, mais aussi des hépatites et des IST, et susceptible d'atteindre les publics les plus à risques et les plus éloignés du système de soin, notamment par le développement d'actions hors les murs ;
- Un début de redéploiement des moyens vers les départements dont les besoins sont les plus importants ;
- L'orientation stratégique vers des programmes de recherche.

A noter que cette réforme qui a élargi les missions des structures a été mise en œuvre à moyens constants. Depuis 2015, l'ARS devient l'unique financeur via le FIR en récupérant les financements AM de l'ONDAM soins de ville.

Certaines interventions pourraient répondre à des freins spécifiques pour renforcer la couverture des usagers :

- Concernant les migrants, les DO attestent que plus de femmes que d'hommes découvrent leur séropositivité (situation décrite dans les pays d'Afrique sub-saharienne).



Atteindre les hommes migrants dans une offre de dépistage est une des difficultés ; les actions hors les murs privilégient l'approche des hommes migrants. Les nouvelles informations sur les contaminations des migrants en France impliquent de renforcer les approches de prévention spécifiques aux hommes et femmes.

- Concernant les HSH, l'absence de dépistage serait plus fréquente chez les personnes plus âgées ; d'autres stratégies doivent s'envisager pour vaincre ces résistances au dépistage dont celle de la promotion de l'auto-test.
- Le contrôle de la forte dynamique épidémique chez les jeunes HSH est une priorité ; bien que le dépistage soit plus précoce, il reste à renforcer dans une démarche de prévention combinée plus efficace et mieux adaptée à ce groupe. Un plaidoyer est nécessaire pour le changement de paradigme relatif à la prévention combinée.

Perspectives

Il existe un développement très préoccupant des IST et de la problématique de la recrudescence des contaminations VIH et de la prise de risques chez les jeunes, notamment HSH. Il semble nécessaire de :

- prendre appui sur les Cegidd à la fois pour développer le dépistage, traiter les IST à un stade précoce afin d'enrayer le développement épidémique et mettre à disposition ciblée la PREP.
- développer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes et l'information sur la contraception et la prévention des risques infectieux.
- renforcer la connaissance et la prise en charge des IST en ville (peu de données sont disponibles avec hypothèse d'une prise en charge en ville majoritairement centrée sur les cas symptomatiques¹⁶ - avec occasions manquées de dépistage des autres IST dont le VIH).

La réduction de la transmission par la prévention combinée incluant le contrôle des IST, le renforcement du dépistage, la baisse du dépistage à un stade tardif (indicateur CPOM) et l'accès rapide aux soins sont de grands axes de renforcement de la lutte contre le VIH.

¹⁶ Alors que 33% des syphilis enregistrées dans RESIST en 2014 (source 100% CIDDIST) sont des formes latentes – BVS 19/12/15



La réforme et nouvelle planification des CeGIDD, la RTU pour la PREP par Truvada® (effective depuis le 4 janvier 2016) comme outil additionnel de prévention pour les adultes à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle, apportent les éléments programmatiques et catalyseurs aux enjeux actuels de la lutte contre le VIH.

L'épidémie non contrôlée d'IST et les signaux d'alertes relatifs à la transmission du VIH montrent les faiblesses ou échecs de la prévention primaire, devant impérativement faire reconsidérer les stratégies de prévention, dont la prévention combinée. En particulier, les centres de santé sexuelle spécifiques aux HSH, ou le fort de taux d'acceptation du suivi dans les essais de la prophylaxie et pré-exposition chez les HSH, laissent envisager une recherche de prévention secondaire dans ce groupe (dépistage et soins rapides des IST).

De même, les éléments de l'épidémie chez les personnes migrantes semblent montrer qu'il existe des dynamiques à la fois d'exposition et de prévention ou de dépistage précoce/tardif complexes, dépendant à la fois des territoires et des groupes populationnels : comprendre ces dynamiques, ce qui relève de l'offre de prévention ou de prise en charge et ce qui relève des connaissances communautaires, permettra de définir des stratégies mieux adaptées, qui passent nécessairement par une meilleure association des populations concernées.

Les conduites addictives

Faits marquants, à l'issue du PRS

- Une poursuite de la structuration de l'offre médico-sociale en addictologie, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale avec le renforcement et la création d'antennes et de consultations avancées en CSAPA, d'équipes mobiles en CAARUD, la mise en place des « CSAPA référents » assurant par le biais d'un temps d'éducateur la continuité des soins en sortie de détention, etc. ;
- Une amélioration de la qualité des prestations et du service rendu avec le renforcement des compétences médicales (dont psychiatriques), psychologiques, sociales et éducatives, ou encore avec le développement de l'accompagnement des joueurs problématiques/pathologiques ;
- Un développement et une amélioration de la prévention, du repérage, de l'accueil et de l'accompagnement des jeunes ayant des conduites addictives, et de leur entourage, avec le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Le contexte

La consommation de substances psychoactives, les conduites addictives (incluant celles sans substances) notamment chez les jeunes constituent un enjeu majeur de santé publique, national et régional.

La région Île-de-France est fortement concernée par les addictions. Les grandes tendances sont :

- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale (9,1% vs 11% chez les 15-75 ans, *Enquête Baromètre Santé, INPES 2010*) mais des consommations d'alcool problématiques, notamment chez les jeunes (prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes de 15% en 2014) ;

- Une prévalence du tabagisme moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France (en 2010, 27% versus 29% au niveau national), mais des disparités entre les départements (cf. enquête ESCAPAD 2014 chez les jeunes de 17 ans), des inégalités sociales de consommation de tabac (niveaux de diplômes, sexe, générations), 16% des fumeurs quotidiens considérés comme ayant une forte dépendance à la nicotine, des Franciliennes de 15-24 ans fumant plus que la moyenne nationale, des cancers du poumon en très forte augmentation chez les Franciliennes (surmortalité de 20 % vs France, 2ème cause de mortalité par cancer en ÎLE-DE-FRANCE vs 3ème en France) ;
- Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) et une persistance de celles-ci avec notamment une forte augmentation de la consommation régulière de cannabis (de 1 % en 2011 à 5 % en 2014) et de la poly-consommation (de 6 % en 2011 à 8,4 % en 2014) chez les filles.
- Des poly-consommations qui se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité et qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques ;
- Des expérimentations inquiétantes même si en diminution sur certaines substances (alcool, tabac) et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis et la cocaïne ;
- Le rapprochement progressif mais certain des comportements masculins et féminins (situation qui perdure et qu'on retrouve à l'âge adulte) ;
- Le développement de pratiques qui font que la dénomination appropriée est de parler de comportements à risques.

Le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie présente une offre globale diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences avec : « **70 CSAPA**, généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique), **20 CAARUD** et une communauté thérapeutique ».

Etat des lieux 2011-2012 (cf. SROMS)

Département	CSAPA généralistes	CSAPA alcool	CSAPA drogues illicites	Nombre total de CSAPA	CAARUD	Communauté thérapeutique	Nombre total de structures
75	13	2	4	19	9	0	28
77	2	2	2	6	2	0	8
78	3	0	0	3	1	0	4
91	4	3	0	7	1	0	8
92	6	1	0	7	1	0	8
93	3	7	3	13	3	1	17
94	3	3	3	9	2	0	11
95	2	2	2	6	1	0	7
Total	36	20	14	70	20	1	91

Enfin, le secteur médico-social des personnes confrontées à des difficultés spécifiques rencontre aussi **des problématiques** qui s'inscrivent dans le cadre de la transition épidémiologique (prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, prévalence élevée de l'hépatite C chez les usagers de drogues notamment par voie intraveineuse, vieillissement de la population, etc.) ; d'où **des enjeux en termes** :

- **De connaissance des besoins** (épidémiologiques, pluridisciplinaires, etc.) ;
- **D'organisation et d'efficience** (d'où une structuration et restructuration de l'offre qui doit permettre de dégager des moyens et d'opérer à des redéploiements de ressources afin de proposer une offre diversifiée, adaptée, accessible économiquement et géographiquement à tous) ;
- **Dans un contexte financier contraint** : les exigences en termes de qualité et de réponses aux besoins qu'expriment les personnes dites confrontées à des difficultés spécifiques doivent être conciliées avec l'objectif de maîtrise des dépenses publiques. Après une augmentation, puis une stabilisation, la croissance de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) médico-social diminue.

Ce que prévoyait le PRS

Au regard des éléments de contexte, des indicateurs de consommations, les conduites addictives constituent une préoccupation régionale, inscrite dans le PRS et traitée de manière transversale par le biais des objectifs du Plan stratégique régional de santé, des schémas régionaux d'organisation de prévention (SRP), médico-sociale (SROMS) et sanitaire

(SROS), et en lien avec les autres partenaires de l'ARS (institutions, collectivités territoriales, notamment les communes, associations, gestionnaires, etc.).

Suite à une réflexion globale menée en 2014 sur l'amélioration du pilotage de la stratégie relative aux pratiques addictives, l'ARS Île-de-France a décidé que ce dernier serait assuré par la direction de la santé publique. Cette évolution veut marquer encore davantage l'approche transversale nécessaire des conduites addictives et le renforcement de la prévention et de l'intervention précoce, notamment à l'égard des publics les plus en difficultés et/ou exposés et les plus vulnérables (jeunes, femmes, personnes précaires, personnes placées sous-main de justice et détenues).

Elle est ainsi la raison pour laquelle le bilan de la stratégie relative aux pratiques addictives est présenté ci-après, alors même que son développement est inscrit principalement dans le SROMS, abordant non seulement le dispositif médico-social, mais aussi les éléments relatifs aux volets sanitaire et à la prévention.

Les enjeux et objectifs du PRS visaient à la structuration de l'offre en addictologie, à son renforcement de telle sorte qu'elle soit adaptée aux besoins des personnes et accessible géographiquement et économiquement, mais aussi à mettre en place de nouvelles stratégies d'intervention, une nouvelle dynamique de prévention et de réduction des risques et des dommages.

Les objectifs inscrits dans le PRS en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages et de soins des addictions sont issus :

- Des orientations européennes visant à offrir un niveau élevé de protection, de bien-être et de cohésion sociale par la prévention et la réduction des consommations de drogues ;
- Des orientations nationales précisées par des lois, des plans (plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2012-2017, etc.) et un dispositif réglementaire qui fixe et organise les dispositifs de prévention, sanitaires et médico-sociaux à disposition des acteurs de cette politique.

Par ailleurs, et conformément aux orientations du Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, un schéma relatif à l'organisation des dispositifs en addictologie avait été élaboré pour la région Île-de-France. Ce schéma visait notamment à l'articulation du dispositif médico-social en addictologie avec le secteur hospitalier et la médecine de ville.



Construit autour de la transversalité, des responsabilités populationnelles et du décloisonnement entre les secteurs médico-sociaux, sanitaires, sociaux, intégrant une approche globale des personnes et intégrative des conduites addictives, et défendant avec force le continuum prévention-réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux-soins, l'axe relatif aux conduites addictives retient les enjeux et objectifs suivants :

- **Développer et organiser la prévention des conduites addictives :**
 - Renforcer les actions de prévention,
 - Agir sur l'environnement et les comportements,
 - Identifier, promouvoir et développer des actions, individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées (promotion de la santé, éducation à la santé, intervention précoce), adaptées aux publics concernées, qualifiées de probantes, reconnues et validées scientifiquement.
- **Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages :**
 - Développer une méthodologie clinique de la réduction des risques en CSAPA et en CAARUD, observant et prenant en compte les pratiques réelles des usagers ;
 - Développer des actions visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses (VHC, VIH) chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et inhalée.
- **Assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives**, quelle que soit sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.) et le moment de son parcours de vie et de soins.
 - Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie en veillant à garantir à tous la possibilité d'un recours aux dispositifs (CAARUD, CSAPA ambulatoires et résidentiels) quel que soit le territoire, l'accessibilité et les problèmes rencontrés par les personnes ;
 - Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social, sanitaire pour assurer la fluidité des parcours entre les différents dispositifs ;
 - Améliorer les prises en charges conjointes en cas de comorbidités induites ou concomitantes, particulièrement avec la psychiatrie ;



- Améliorer la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire : s’assurer de la continuité des soins à l’arrivée, en détention, dans le cadre des transferts et à la sortie du milieu carcéral.

Ce qui a été réalisé

Au regard du positionnement transversal, le bilan du PRS relatif aux conduites addictives empreinte aux trois schémas régionaux : de prévention, d’organisation médico-sociale, d’organisation sanitaire.

DEVELOPPER ET ORGANISER LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Développer les interventions de prévention des conduites addictives dans une approche globale des conduites à risque (Addictions aux substances psychoactives licites et illicites, Addictions sans substance: internet, jeux en ligne...) constitue un axe du SRP, et est inscrit dans le Guide d’intervention en prévention et promotion de la santé :

Objectifs opérationnels	Exemples d’actions réalisées, soutenues et financées par le Fonds d’Intervention Régional (FIR)
<i>Développer l’information et l’éducation à la santé en matière de conduites addictives aux substances psychoactives et addictions sans substance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de sensibilisation-information, de prévention dans des établissements d’enseignement général situés en zone REP et REP +, dans des établissements technologiques et professionnel, dans des lieux d’activités et de vie des jeunes, dans des centres d’accueil et foyers relevant de l’Aide Sociale à l’Enfance, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
<i>Renforcer les compétences psycho-sociales face aux conduites addictives et promouvoir les actions de soutien des familles confrontées aux conduites à risque de leur enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de prévention visant à éviter et retarder l’entrée dans les conduites addictives, notamment le tabagisme et l’alcoolisme, en particulier à destination des jeunes. • Interventions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des élèves des collèges et lycées (et en particulier des établissements d’enseignement technique et agricole). • Interventions à composantes multiples basées sur des méthodes validées, intégrant,



BILAN

	en plus du volet de développement des compétences psychosociales des jeunes, un volet développement des compétences parentales.
<i>Développer le repérage précoce des vulnérabilités et des pratiques à risques en matière de conduites addictives, soutien et orientation vers le soin adapté</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions spécifiques de repérage précoce des vulnérabilités et des pratiques à risques en matière de conduites addictives, et d'orientation vers le soin adapté (CJC) auprès des publics cibles (jeunes).
<i>Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux (RDRD) liés aux consommations de substances psychoactives</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de RDRD en milieux festifs et étudiants, • Actions permettant d'aller à la rencontre des usagers les plus précaires (<i>outreach</i> ou « aller vers »), • Programme d'échanges de seringues hors des zones CAARUD

Caractéristiques des actions de prévention Addictions financées en 2014 et 2015 :

	2014	2015
Nombre d'actions financées	62	77
Nombre de promoteurs	50	57
<i>Associations</i>	71%	81%
<i>Collectivités</i>	29%	17%
Montant total	859 204 euros	1 910 800 euros
Principaux territoires concernés	94, Région, 77, 93,	94, Région, 75, 77
Types d'interventions	Prévention collective (56%) Actions globales de prévention (15%) Actions de prévention individuelle (11%)	Prévention collective (57%) Actions de formation (16%) Actions globales de prévention (9%)
Public visé	Scolaires-périscolaires (26%) Public PRAPS (15%) Usagers de drogues (13%)	Adolescents (48%) Adultes (32%), particulièrement les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale (27%)

Points forts :

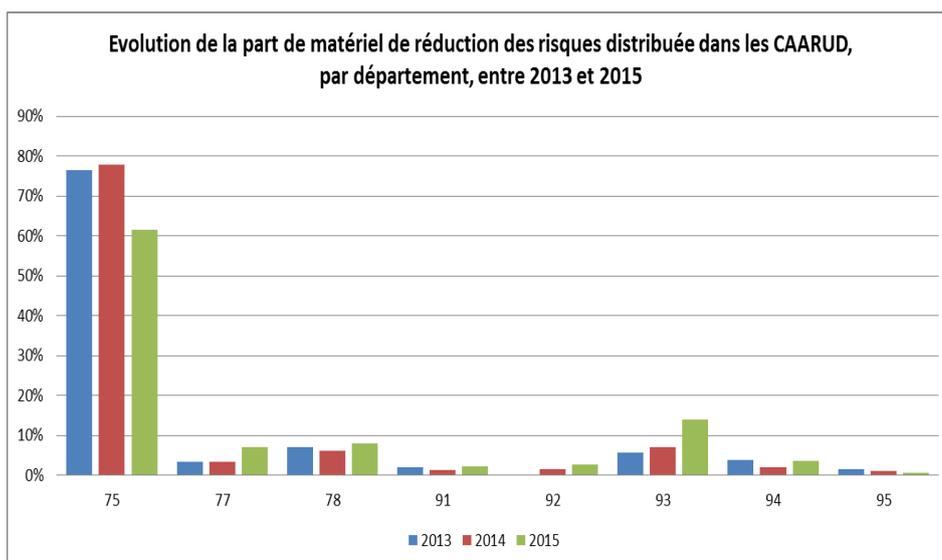
- La structuration progressive des actions de prévention ;
- Le développement de partenariats.

Points à poursuivre :

- Le recours aux méthodologies, aux stratégies d'intervention efficaces, probantes, validées scientifiquement ;
- Le développement de partenariats formalisés entre les Consultations Jeunes Consommateurs et les structures/établissements de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'Aide Sociale à l'Enfance, les missions locales, les PAEJ, les Maisons Des Adolescents, etc.
- Les articulations interinstitutionnelles : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale, MILDECA, Collectivités territoriales, etc.

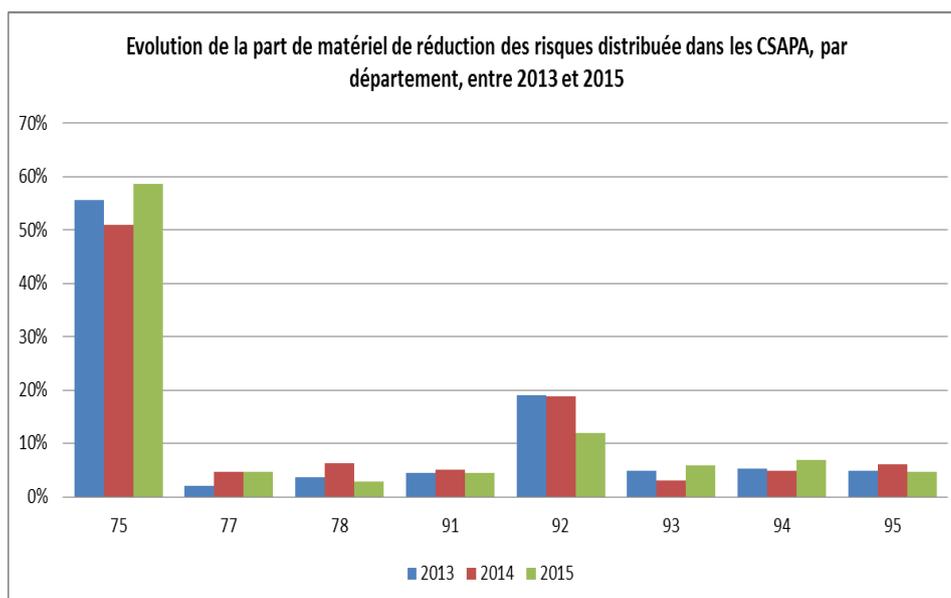
POUR SUIVRE ET DEVELOPPER LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

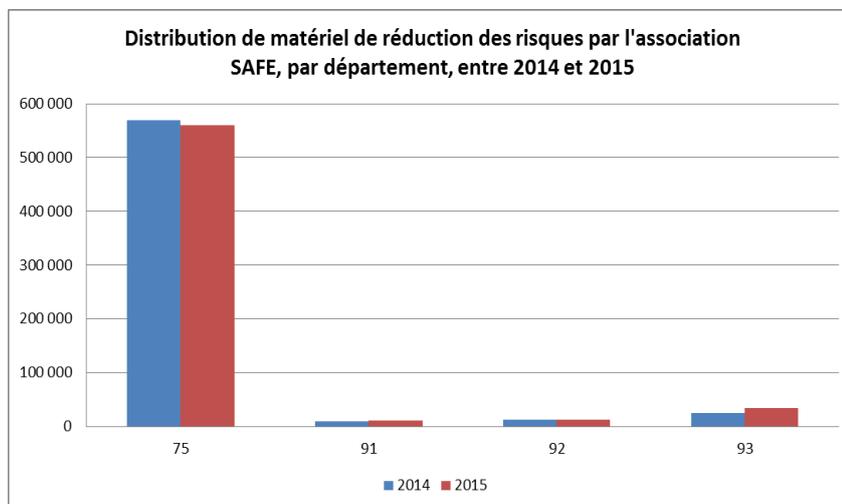
- Le renforcement de la mise à disposition du matériel de prévention et de réduction des risques infectieux, notamment par le biais des CAARUD, des CSAPA, de programmes d'échanges de seringues ;



Note de lecture : Entre 2013 et 2015, en ce qui concerne les CAARUD, le département d’Ile de France ayant distribué le plus de matériel de réduction des risques était Paris avec plus de 60% du matériel de la région distribué par an.

En 2015, l’association SAFE a distribué à Paris plus de 560 000 matériels de réduction des risques.





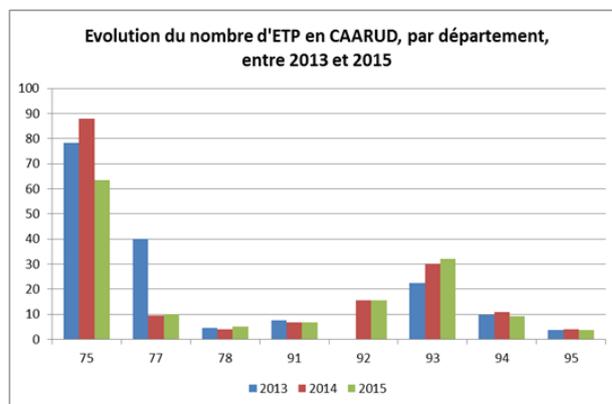
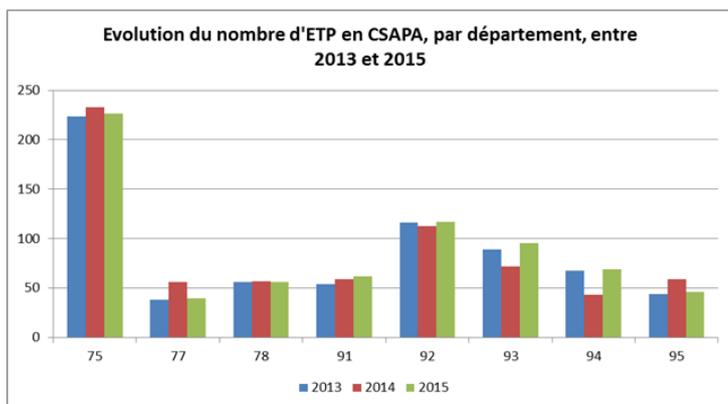
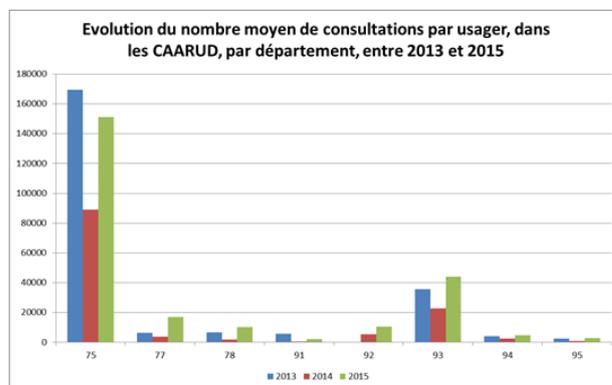
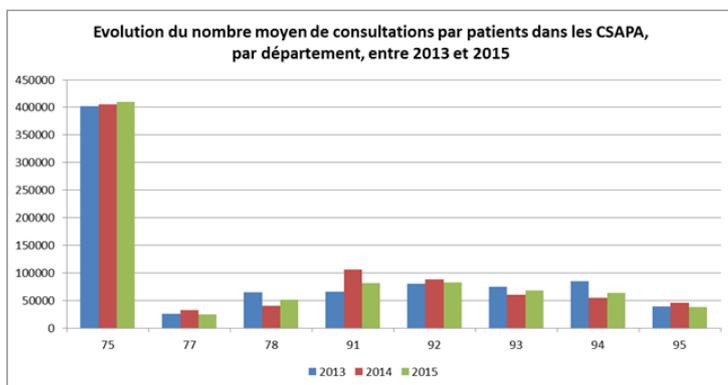
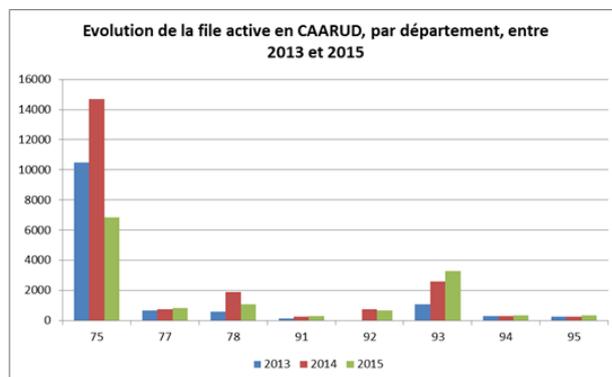
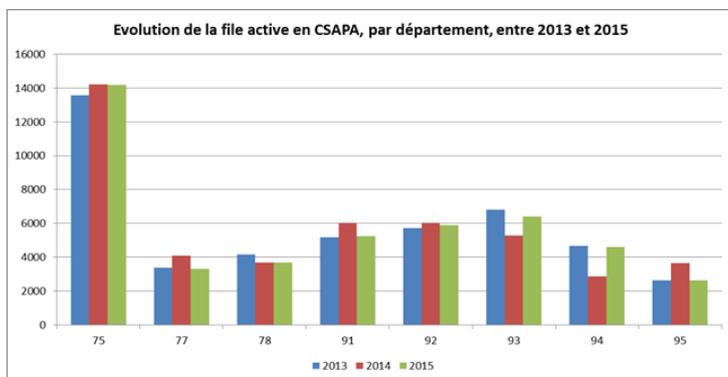
En comparaison les CAARUD parisiens en ont, quant à eux, distribué la même année plus de 740 000.

- Le développement d'une clinique de la RDRD en CSAPA intégrant les différentes approches (drogues illicites, alcool) ;
- Le développement des actions visant à réduire la morbidité et la mortalité de l'hépatite C chez les usagers de drogues : renforcement de l'accès au dépistage du statut sérologique hépatites et VIH conformément à l'article 3411-4 du Code de la santé publique, à la vaccination hépatite B, aux traitements :
 - mise en place d'une coordination régionale permettant à l'accès au dépistage, au FibroScan et aux traitements pour les usagers de CAARUD et CSAPA ;
 - contribution des CAARUD et CSAPA au projet régional « Parcours VHC ».
- L'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Paris.

ORGANISER ET STRUCTURER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN ADDICTOLOGIE POUR ASSURER UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE, PLURIDISCIPLINAIRE, CONTINUE, GRADUEE ET DE PROXIMITE POUR TOUTES PERSONNES AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES ET LEUR ENTOURAGE

L'organisation et la structuration de l'offre médico-sociale en addictologie se traduisent par :

- L'amélioration de la connaissance des dispositifs médico-sociaux en addictologie par le suivi de l'activité (bases de données et exploitations régionales et départementales des rapports d'activité standardisés CAARUD et CSAPA) ;



- La structuration et le renforcement du dispositif médicosocial en addictologie avec notamment :
 - Le positionnement du CSAPA comme « centre ressources » pluridisciplinaires et de proximité pour la prévention, l'accompagnement et le soin des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage ;
 - Le déploiement d'une offre de proximité en CAARUD et CSAPA (70 CSAPA, 20 CAARUD) ;
 - Le renforcement du soin résidentiel avec l'ouverture d'une communauté thérapeutique ;

- La création de deux équipes mobiles de CAARUD et le renforcement d'antennes de consultations avancées en CSAPA ;
 - Le renforcement des compétences médicales (dont psychiatriques), paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives dans les CSAPA et CAARUD dans un but de pluridisciplinarité des équipes et d'amélioration des accompagnements et des soins ;
 - Le renforcement des Consultations jeunes consommateurs ;
 - La mise en place et le développement de l'activité « CSAPA référents » (financement d'un temps socio-éducatif pour assurer la continuité des soins après détention) ;
 - Le renforcement de la prise en charge des joueurs excessifs ou pathologiques dans les CSAPA ;
 - La poursuite de la sécurisation du circuit des médicaments en CSAPA ;
 - Le renforcement de la prise en charge du tabagisme dans les CSAPA avec notamment la mise à disposition de traitements de substitution nicotinique (TSN), l'accès aux Co testeurs et aux formations en tabacologie ;
- La mise en place et le suivi de programmes/projets expérimentaux :
- Ouverture d'une communauté thérapeutique ;
 - Dispositifs d'accueil et de soins résidentiels pour personnes sortant de prison et/ou placées sous-main de justice ;
 - Dispositifs d'accueil et de soins résidentiels pour parents/mères avec enfants ;
 - Projet pilote de lutte contre la récidive en faveur de personnes ayant des conduites addictives, en lien avec la MILDECA ;
 - Ouverture d'une salle de consommation à moindre risques à Paris.

Le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie présente un certain nombre d'atouts, de points forts, lui permettant d'être opérationnel, efficace, mais rencontre aussi des difficultés et/ou des manques qui persistent tendant à le fragiliser et à rendre son action difficile, insuffisante et complexe, notamment :

Points forts :

- **Une offre globale, diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences** (tous secteurs : prévention, médico-social, sanitaire, médecine de ville) ;
- **Une volonté d'inscrire l'action au sein d'un réseau local partenarial.** En témoignent les partenariats développés et formalisés entre les structures médico-sociales (CSAPA,

CAARUD) et les services et dispositifs sociaux, sanitaires (notamment avec les équipes de liaison et de soins en addictologie), les autres établissements médico-sociaux (notamment les appartements de coordination thérapeutiques), les communes d'implantation et d'intervention, des services institutionnels comme la justice, la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale, etc. ;

- **Une aptitude à l'innovation** animée par un souci permanent de réponses adaptées aux besoins et aux évolutions des profils des usagers, des modes de consommations, etc.

Faiblesses et difficultés

- **Un dispositif encore réparti inégalement territorialement** (notamment en ce qui concerne l'offre en soins résidentiels en addictologie) ;
- Une structuration qui doit continuer à intégrer les réalités et **particularités territoriales** (Paris, petite et grande couronnes) ;
- Des réponses adaptées à maintenir et à renforcer quantitativement et qualitativement pour assurer l'accès aux soins à tous, y compris pour les personnes nécessitant une prise en charge spécifique (jeunes, femmes enceintes et/ou avec enfants, personnes en situation de grande précarité et/ou atteints de troubles psychiatriques, personnes sortant de prison, usagers vieillissants, etc.).

Perspectives

La consommation de substances psychoactives, les conduites addictives notamment chez les jeunes restent donc un enjeu majeur de santé publique, national et régional, obligeant certainement à définir de nouvelles stratégies d'intervention, une nouvelle dynamique de prévention et de réduction des risques et des dommages, à relancer sans cesse, impliquant les pouvoirs publics, les professionnels de santé, du social, éducatifs, mobilisant et concernant chacun, en tant qu'individu et citoyen acteur de santé.

Les perspectives sur la durée du PRS, notamment :

- Poursuivre la structuration et le renforcement du dispositif médicosocial en addictologie notamment dans un objectif de rééquilibrage territorial de l'offre ;
- Organiser le parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage (approche globale, coordination du parcours de l'utilisateur/patient/résident, articulation médico-social, sanitaire, social) ; poursuivre la construction de filières en addictologie implantées dans chacun des territoires, intégrant les dispositifs de prévention, les structures médico-sociales, la médecine de ville, l'addictologie hospitalière (organisation en 3 niveaux) ;

- Renforcer le positionnement du CSAPA comme «centre ressources» pluridisciplinaires et de proximité pour la prévention, l'accompagnement et le soin des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage ;
- Améliorer la visibilité et renforcer des Consultations Jeunes Consommateurs qui doivent devenir le lieu « ressources » pour les Jeunes Consommateurs et leur entourage (« *le reflexe CJC* ») ;
- Etendre les interventions des dispositifs de prévention et de réduction des risques de soins spécialisés (renforcement de « l'aller vers », de l'intervention précoce, développement de la RDRD) ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel (en tenant compte de l'évolution des profils, des besoins, en améliorant la couverture régionale/territoriale).

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé porte plusieurs modifications du Code de la santé publique. Ainsi :

- L'article 41 précise la politique de réduction des risques et des dommages, sa mise en œuvre et ses actions.
- L'article 42 modifie l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique : « *les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective* ».
- L'article 43 permet l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

Les perspectives devront intégrer ces évolutions. Plusieurs axes pourront être portés :

- Renforcer les actions de prévention ; déployer les actions probantes ; poursuivre les actions qui agissent sur l'environnement et les comportements ;
- Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux ; expérimenter, développer de nouvelles stratégies d'intervention et des nouveaux outils adaptés aux évolutions des usages ;
- Structurer et renforcer l'offre de soins de premier recours et spécialisés ; adapter les stratégies thérapeutiques ; définir et reconnaître, sur chaque territoire, des filières d'accompagnement et de soins en addictologie globales, coordonnées, cohérentes et lisibles (logiques de complémentarités d'interventions).

Eléments connexes du bilan

Fiche bilan «SROMS »

Soins résidentiels

Faits marquants, à l'issue du PRS

- Une augmentation de 15 % du nombre de places autorisées en Appartements de coordination thérapeutique (ACT) depuis 2010 ;
- Une amélioration de la connaissance des publics accueillis en ACT et de l'activité de structure ;
- La mise en place d'une expérimentation d'ACT oncopédiatriques ;
- Une concertation avec les gestionnaires et les professionnelles pour l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles en LHSS ;
- La création de bases de données dédiées aux ACT et aux LHSS.
- Une offre qui reste encore très insuffisante vis-à-vis de besoins croissants en raison de l'accroissement de la grande précarité, de la complexification des situations, et une fluidité avec le système d'aval (droit commun) qui est problématique.

Le contexte

En Île-de-France, le niveau de vie médian est le plus élevé de métropole. Néanmoins, la région est également celle qui concentre les plus fortes disparités de niveaux de vie : le niveau de vie au-dessus duquel se situent les 10 % de ménages les plus aisés est cinq fois supérieur à celui au-dessous duquel se trouvent les 10 % les plus modestes. Ces inégalités se concentrent au cœur de la région. En grande couronne, les disparités de revenus sont atténuées et les taux de pauvreté sont majoritairement plus faibles que dans la région. Au-delà de la petite couronne et surtout hors de l'agglomération parisienne, les niveaux de vie sont plus homogènes : le niveau de vie des moins aisés se rapproche de celui des plus aisés. Le taux de pauvreté diminue et les niveaux de vie des plus aisés ne sont pas toujours inférieurs à ceux du cœur de la région.

15 % des ménages disposent de moins de 990 € par mois par unité de consommation (UC) contre 14 % au niveau national. L'intensité de la pauvreté y est même la plus élevée de France métropolitaine et tout particulièrement à Paris. La moitié des ménages pauvres franciliens vivent ainsi avec moins de 750 € par mois par UC.



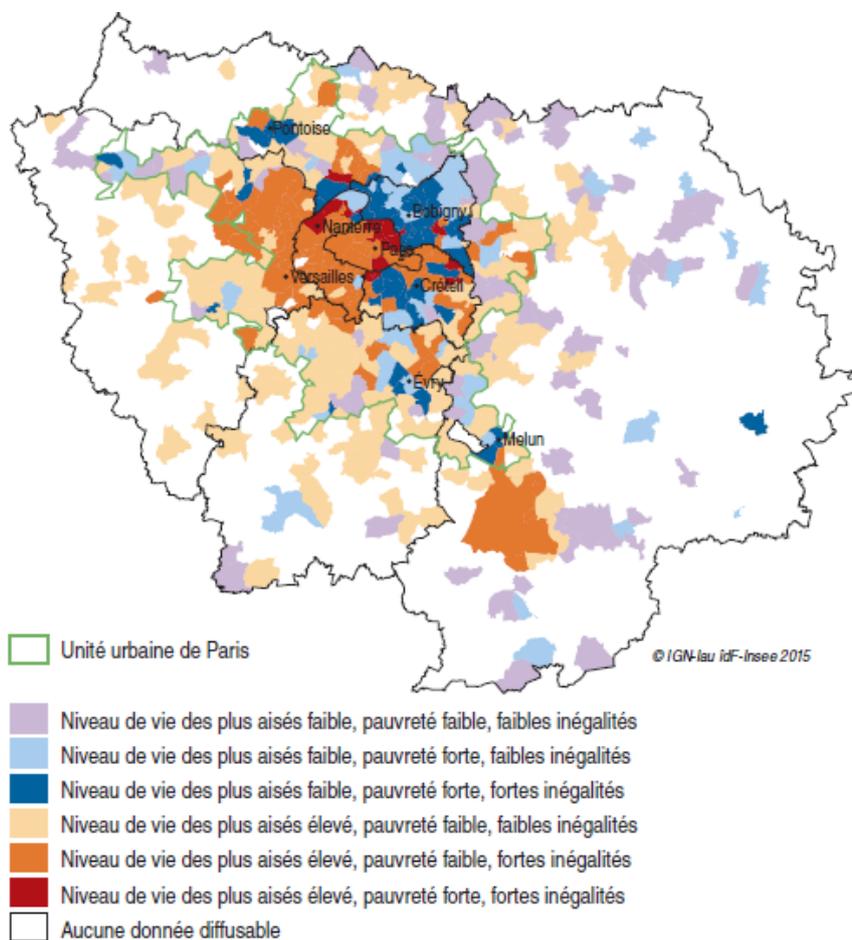
BILAN

Tableau 1: Paris et les Hauts-de-Seine regroupent les niveaux de vie les plus élevés, mais également les plus fortes inégalités – Source : Insee, « Des disparités de niveaux de vie fortes à Paris et dans les Hauts-de-Seine », Insee Flash Île-de-France N° 5 - juin 2015

	Nombre de ménage fiscaux en 2012	Niveau de vie annuel			Rapport interdécile	Intensité de pauvreté (en %)	Taux de pauvreté (en %)
		Médiane (en euros)	1 ^{er} décile (en euros)	9 ^e décile (en euros)			
Paris	1 043 100	25 700	9 400	63 700	6,7	27,4	16,1
Hauts-de-Seine	670 300	25 500	11 100	55 400	5,0	23,6	11,8
Seine-Saint-Denis	560 400	16 600	8 000	32 200	4,0	24,7	26,9
Val-de-Marne	537 300	21 400	10 100	42 400	4,2	23,3	15,3
Seine-et-Marne	513 500	21 700	11 500	37 300	3,3	20,7	11,1
Yvelines	552 100	25 100	12 400	48 600	3,9	21,3	8,9
Essonne	477 900	22 600	11 100	40 600	3,7	22,5	12,0
Val-d'Oise	435 000	20 500	9 800	37 700	3,8	23,3	16,2
Ile-de-France	4 789 600	22 200	10 100	46 100	4,6	24,0	15,0
France métropolitaine	26 562 700	19 800	10 500	37 200	3,5	21,0	14,3
<i>France métropolitaine (ERFS 2012) (*)</i>	/	19 700	10 600	37 400	3,5	20,5	13,9

(*) Pour les indicateurs d'inégalité des niveaux de vie et de pauvreté en France métropolitaine, l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS) reste la source de référence ; * signifie que les informations ne sont pas disponibles à partir de l'ERFS 2012.

Sources : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012 et ERFS 2012



Données au niveau communal.

Lecture : la catégorie « niveau de vie des plus aisés élevé » signifie que le plancher des 10 % les plus aisés dépasse le niveau national, soit 37 200 €. A contrario, la catégorie « niveau de vie des plus aisés faible » signifie que le plancher des 10 % les plus aisés est inférieur au niveau national. La dénomination « pauvreté forte » correspond à un taux de pauvreté supérieur au niveau national, soit 14,3%. À l'inverse, « pauvreté faible » correspond à un taux de pauvreté inférieur à 14,3%. Enfin, « fortes inégalités » signifie que le plancher des 10 % les plus aisés dépasse 3,5 fois le plafond des 10 % les moins aisés.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012 et ERFS 2012

Figure 1 : Croisement des inégalités de revenus disponibles avec des niveaux de richesse et de pauvreté

Dans son rapport annuel « Projet dénombrer et décrire en 2014 » financé par la Direction générale de la cohésion (DGCS), le Collectif "Les Morts de la Rue" recense, 498 décès de personnes « sans domicile fixe », dont 37 % en Île-de-France, soit 9 décès signalés par semaine et estime le nombre réel de décès à 2908, soit près de 6 fois plus. Elles sont décédées à 49 ans en moyenne et à 52.6 ans en Île-de-France. 65,3 % vivaient à la rue. Parmi les causes de décès, il est observé 10,0% de tumeurs, 13 % de maladies cardiovasculaires et 8 % de maladies infectieuses, respiratoires ou du système nerveux.

Ce que prévoyait le PRS

Les structures de soins résidentiels destinées aux personnes en difficultés spécifiques font l'objet d'une planification issue du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), d'une programmation et d'une allocation de ressources médico-sociales. Le développement et l'accompagnement de ces structures se font en lien avec le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

Les dispositifs médico-sociaux à destination des personnes confrontées à des difficultés spécifiques permettant d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés, ont été mis en place à destination de ces publics : il s'agit des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des Lits Haltes Soins Santé (LHSS), et plus récemment à titre expérimental des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

Les personnes en difficultés spécifiques concernées par le SROMS sont des personnes malades, quel que soit leur situation administrative, en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social. Si leur pathologie ou leur état de santé ne justifie pas ou plus une prise en charge hospitalière, ils nécessitent des prestations adaptées et coordonnées, comprenant un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique et un accompagnement social.

Les ACT, les LHSS et les LAM, prévus à l'article L.312-1, 9° du Code de l'action sociale et des familles, constituent des dispositifs de soins résidentiels.

Proposant un accueil inconditionnel (sans condition de ressources ou de droits), ces structures se caractérisent, notamment, par une orientation médicale (se distinguant en cela des structures sociales qui ont pour mission principale la mise à l'abri ou l'hébergement) : les personnes orientées en ACT, LHSS et LAM doivent avoir eu au préalable un diagnostic médical précisant la pathologie justifiant la demande d'admission, laquelle ne peut être examinée que par un professionnel de santé.

Concernant les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité, plusieurs objectifs ont été posés dans le SROMS :

- Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire ou sans domicile et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social ;



- Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques addictives etc.) ;
- Favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et/ou psychologiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Avec la nécessité de parvenir à :

- Garantir l'accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité, sans domicile, et présentant des besoins spécifiques ;
- Améliorer les sorties du dispositif médico-social dédié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté ;
- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif.

Ce qui a été réalisé

Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT)

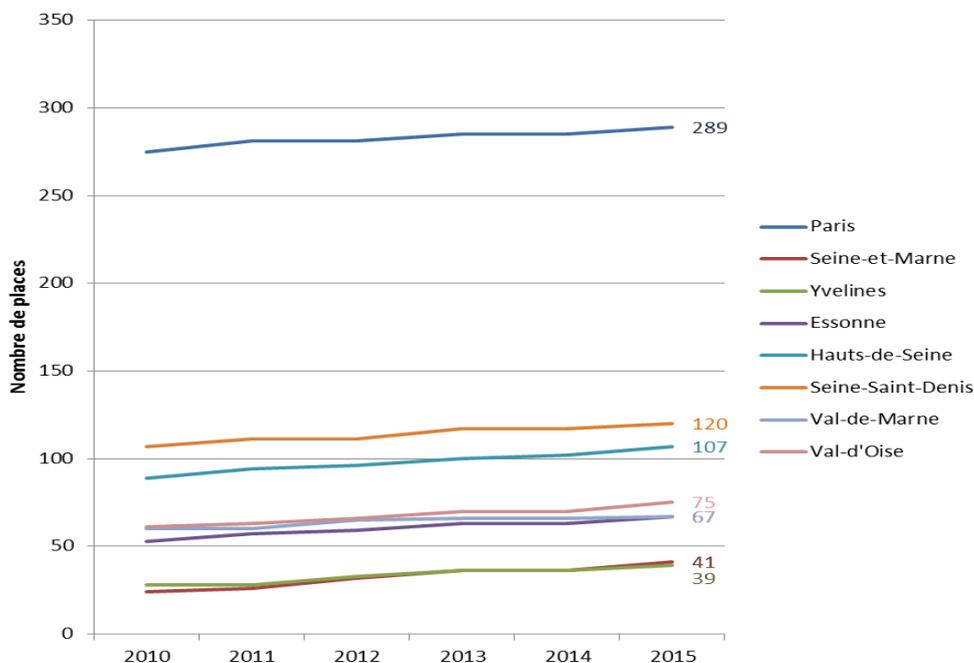
L'objectif général est de mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, une aide à l'observance des traitements, un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Deux actions ont été définies et déclinées en leviers d'action

- Développer l'offre en ACT

Renforcement de l'offre sur la base de la réduction des inégalités sociales et territoriales et d'extensions non importantes avec :

- en 2012, 23 places nouvelles autorisées dont 5 orientées pour les personnes sortantes de prison ;
- en 2013, 22 places nouvelles et 4 places dédiées pour une expérimentation "ACT pédiatriques", démarrée en septembre 2014.
- en 2014, 2 places nouvelles autorisées en 2015, 29 nouvelles places autorisées dont 5 dédiées aux sortants de prison ;
- en 2015, 806 places d'ACT sont autorisées.



Graphique 1: Evolution du nombre de places autorisées depuis 2010

Depuis 2010, le nombre de places autorisées en ACT a augmenté de 15 %.

- Améliorer la connaissance des ACT :
- 2012: Elaboration d'un rapport d'activité standardisé annuel qui a fait l'objet d'un traitement, d'une exploitation et d'une analyse pour 2012, 2013 et 2014. Ce travail est poursuivi en 2015. Ce RASA a été complété en 2015 par un questionnaire visant à mieux connaître le profil des "accompagnants " (notamment des "enfants accompagnants") et l'accompagnement proposé.



- Poursuite fin 2015 et courant 2016 du Groupe de travail régional ACT sur l'état des lieux des pratiques et la construction d'un socle commun/"bonnes pratiques professionnelles".
- Mise en place et suivi d'une expérimentation "ACT pédiatriques" en 2014 en oncopédiatrie.

Il s'agit de 4 places d'ACT « onco-pédiatriques » gérées par l'association SOS-Solidarités, implantées en Seine-Saint-Denis pour une durée de deux ans reconductible trois ans. Le suivi est national (DGS, DGCS, DSS, INCa) et bénéficie d'un pilotage local par l'ARS. Une évaluation est conduite par un prestataire extérieur, indépendant (Plein sens) (financement INCa et ARS).

Ces ACT accueillent des enfants malades en sortie d'hospitalisation en hématopédiatrie et leur famille. L'orientation est régionale. L'accompagnement est assuré par une équipe médico-sociale, pluridisciplinaire (médicale, paramédicale, socio-éducative dont une éducatrice jeune enfant). La coordination médicale est assurée par un médecin de l'ACT, qui comprend notamment les relations avec les médecins hospitaliers, libéraux, les réseaux ville-hôpital, la coordination des soins (infirmiers, paramédicaux, libéraux, HAD, etc.), l'aide à l'observance thérapeutique, l'éducation à la santé, etc.

La coordination psycho-sociale est assurée par un personnel psycho-socio-éducatif, qui comprend notamment l'écoute et l'identification des besoins, l'aide à l'organisation de la vie quotidienne, l'organisation d'activités extérieures, l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives, le soutien à la parentalité, à la fratrie, l'aide à la scolarisation de l'enfant dès que celle-ci est possible, l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux et dispositifs existants.

- Un guichet unique de gestion des admissions a été créé en Seine-Saint-Denis.

Développer l'offre en lits halte soins santé (LHSS)

L'objectif général défini est d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région.

- Assurer une offre en LHSS sur les huit départements franciliens.

Le nombre de places allouées chaque année est défini dans le cadre de l'instruction interministérielle de campagne budgétaire. En 2015, l'Île-de-France a bénéficié de la création de 10 nouvelles places. Mais, il est à noter que la région n'a pas obtenu de mesures nouvelles depuis 2010. Cependant, le prix de journée par lit a été revu à la hausse (111,68€/lit/jour en 2015).

Les éléments clefs concernant l'offre en LHSS en Île-de-France sont les suivants :

- Une offre globale, diversifiée regroupant l'ensemble des ressources et des compétences ;
- Une répartition géographique hétérogène et inégale selon les territoires.

	Places autorisées au 31/12/2015
75	210
77	25
92	50
93	80
94	20
Total général	385

Aussi dans la perspective de garantir un accès à tous aux soins et de réduire les inégalités territoriales, renforcer les dispositifs médico-sociaux accueillant des personnes en situation de précarité et créer de nouvelles structures et/ou places est indispensables pour l'organisation régionale. Dès 2013 et pour toute la durée du SROMS, l'ARS Île-de-France a fixé pour objectif de disposer d'une offre en LHSS dans chaque département et de renforcer l'offre régionale. La répartition actuelle de l'offre en LHSS et LAM étant hétérogène sur le territoire, l'ARS Île-de-France prévoit à l'horizon 2019 que tous les départements soient

dotés en LHSS et que sept départements soient pourvus en structures LAM. Cette programmation est basée sur la répartition autorisée des places de LHSS et de LAM.

- 2015: Définition de la programmation pluriannuelle jusqu'en 2019 ;
- 2016: AAP pour 10 places de LHSS (campagne budgétaire 2015) ;
- 2016: Réflexion concertée sur l'orientation régionale et/ou interdépartementale des places LHSS autorisées ;
- Améliorer la connaissance des LHSS ;
- Elaboration d'une cartographie régionale et départementale de l'offre en LHSS ;
- Finalisation d'un rapport d'activité standardisé ;
- Création d'une base de données dédiée, traitement et exploitation des RASA 2012, 2013 et 2014 ;
- 2015 et début 2016: Groupe de travail régional LHSS sur l'état des lieux des pratiques (confrontation avec le rapport national d'évaluation des LHSS rendu public en février 2013) et la construction d'un socle commun/"bonnes pratiques professionnelles" - Finalisation du cahier de bonnes pratiques professionnelles en LHSS en 2016.

Poursuivre l'expérimentation et développer l'offre en LAM

Poursuivre l'expérimentation et développer l'offre en LAM :

Créés par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, les lits d'accueil médicalisés (LAM) permettent aux personnes sans domicile, majeures, atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre, et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 autorise les LAM au titre du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles comme établissement social et médico-social.

Le rapport d'évaluation élaboré, par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'observation des Conditions de Vie (CREDOC) en 2012 de l'expérimentation « LAM » a montré que les LHSS étaient régulièrement occupés par une population extrêmement marginale atteinte de

pathologies de pronostic sombre et qui ne peut pas accéder aux dispositifs de droit commun. Les LHSS n'étant pas prévus pour accueillir ce public, les LAM permettent d'offrir à ces personnes, dont l'état de santé est très dégradé, une surveillance médicale, des soins, (notamment de nursing), ainsi qu'un accompagnement social. Ces lits peuvent également être une solution pour les personnes à la rue vieillissantes et les personnes atteintes de tuberculose multi-résistante non contagieuse.

En 2015, l'Île-de-France dispose de 25 places autorisées de LAM gérées par le GIP Samu social de Paris.

Le prix de journée des LAM est réévalué à la hausse (197,98 €/lit/jour en 2015) dans le cadre de la campagne budgétaire 2015.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

Les structures de soins résidentiels sont des établissements sociaux et médico-sociaux destinés à accueillir des personnes en situation de précarité et ne pouvant pas accéder aux structures de droits commun. Elles prennent en charge aussi bien des personnes ayant des droits sociaux ouverts que des personnes issus des flux migratoires et arrivant sur le territoire sans droit ni titre.

Par ailleurs, dans la perspective d'éventuelles mesures nouvelles pour les années à venir en ACT, l'instruction des demandes de création ou d'extension pourra s'appuyer sur un indice de priorisation départemental composite. Celui-ci a été établi sur trois critères :

- Le taux d'équipement rapporté au nombre de bénéficiaires de la couverture maladie complémentaire (CMU-C) ;
- Des critères épidémiologiques (cas individuels déclarés des MDO Hépatites A et B, VIH et Tuberculose) ;
- Des critères de précarité (taux de pauvreté, bénéficiaires du RSA, population couverte par la CMU-C...).

Analyse des freins et leviers

A- L'offre francilienne en soins résidentiels est conditionnée par les mesures nouvelles et les crédits alloués dans le cadre de la campagne budgétaire. Ainsi, le département transmet chaque année à la Direction générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et à la

Direction générale de la Santé (DGS) les besoins franciliens en matière d'ACT, de LHSS et de LAM.

B- Concernant les ACT, plusieurs freins ont été identifiés par l'exploitation des RASA et des échanges avec les gestionnaires et professionnelles :

- a. La situation médicale et sociale des personnes se complexifient depuis plusieurs années. Elle a pour conséquences d'accroître le temps accordé d'une part à l'accompagnement social des personnes et d'autre part à la coordination médicale.
- b. Les ACT accueillent de plus en plus de personnes sans ressources, dans une situation administrative complexe (personnes non régularisées et/ou en attente de régularisation).
- c. Il est constaté une augmentation importante de demandes émanant de personnes ayant une pathologie particulièrement grave et invalidante en grande précarité.
- d. De fait, la coordination médicale mise en place autour et pour la personne accueillie ne se limite pas à la seule pathologie pour laquelle la personne a été admise. Elle vise la coordination de tous les acteurs et a pour objectif d'assurer le parcours de vie et de soins des personnes dans le temps.
- e. Les principaux freins identifiés à la sortie, allongeant ainsi les durées de séjour sont induits, notamment, par l'absence de droits ouverts, le difficile accès au logement et la saturation du logement social en Île-de-France et notamment à Paris. Ce phénomène se traduit également au moment des admissions où il est observé une augmentation des demandes liées à des dispositifs sociaux (besoin seulement d'un hébergement).

Les personnes accueillies ont des profils et des parcours de vie très différents. L'évolution des profils, notamment des pathologies principales (c'est-à-dire justifiant l'admission en ACT) et associées (maladies chroniques sévères, cancers, suivis de greffes, hépatites, fin de vie, etc.) et des situations sociales complexes (grande précarité, absence de droit et titre) conduisent de fait les ACT à adapter les accompagnements médico-psycho-sociaux proposés qui doivent être individualisés.

C- De la même façon que pour les ACT, les personnes accueillies en LHSS présentent de plus en plus des pathologies chroniques sévères et des situations administratives demandant

un travail social important. De fait, les temps de séjour en tendent également à s'allonger. De plus, les cas présentés à l'admission étant parfois trop lourds pour les missions des LHSS conduisent à un fort taux de demandes non pourvues. A cela s'ajoute des besoins très importants en Île-de-France auxquels l'offre francilienne répond avec difficulté. La pression de la demande est aussi importante pour les LAM.

Perspectives

Les perspectives des actions fixées par le SROMS visent d'une part à améliorer la connaissance des structures et la qualité du service rendu et d'autre part à doter tous les départements franciliens de LHSS et de LAM et de continuer le développement de l'offre en ACT. Les actions mises en œuvre ont vocation pour la plupart à monter en charge sur la durée car elles structurent les objectifs fixés dans le SROMS pour toute sa durée :

- Les actions qui se poursuivent, notamment:
 - Le renforcement du soin résidentiel accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (notamment 10 places de LHSS et 22 places de LAM par des appels à projets);
 - L'amélioration de la connaissance de l'offre et de l'activité: exploitation régionale et départementale des RASA, indicateurs d'activité et de coût;
 - Les réflexions et travaux sur l'élaboration de « bonnes pratiques professionnelles ».
- Les actions qui débutent en 2016
 - L'élaboration d'un cahier des bonnes pratiques professionnelles en ACT.
- Les perspectives sur la durée du SROMS, notamment:
 - Organiser le parcours de vie et de soins des personnes malades et/ou ayant des conduites addictives, en situation de précarité et de vulnérabilité (approche globale, coordination du parcours de l'utilisateur/patient/résident, articulation médico-social, sanitaire, social) ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel (en tenant compte de l'évolution des profils, des pathologies et des besoins, en améliorant la couverture régionale/territoriale).

Éléments connexes du bilan

Bilan des RASA 2014 et 2015 en ACT

Bilan du PRAPS

⇒ *Mettre en œuvre le plan tuberculose. Améliorer la couverture vaccinale*

La lutte contre la tuberculose

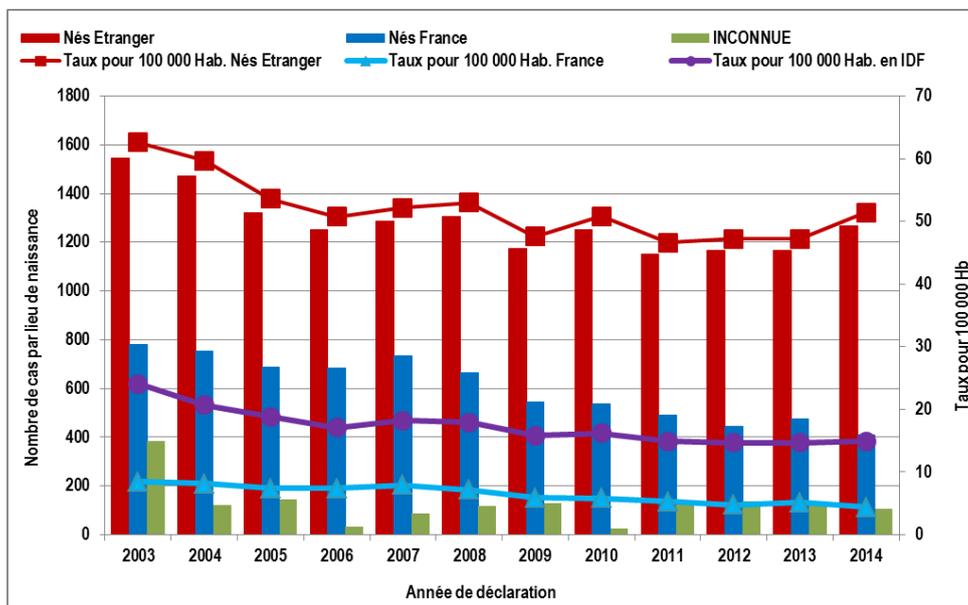
Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Une incidence dont la baisse a cessé, avec des inégalités territoriales qui se creusent, probablement sous l'effet des « spécialisations territoriales ».*
- *Une prise en charge portée essentiellement par le secteur public et hospitalier.*
- *Un débat social et sociétal fort autour d'une pathologie légitimement considérée comme traceuse des inégalités sociales de santé.*
- *Une action publique dont les modalités sont différenciées selon les territoires, avec :*
 - *des résultats qualitatifs (proportion d'enquête autour d'un cas sous le même toit) très satisfaisants.*
 - *mais dont les valeurs départementales sont relativement dispersées, ce qui implique un effort important de convergence méthodologique.*
- *Une action publique dont les modalités doivent continuer à viser les personnes les plus exposées, à travers des approches spécifiques (EMLT, etc...).*
- *L'interrogation majeure que constitue désormais la pénurie de vaccins BCG, et l'effondrement attendu de la couverture vaccinale.*
- *Une vigilance à maintenir sur la question des tuberculoses multirésistantes.*

Le contexte

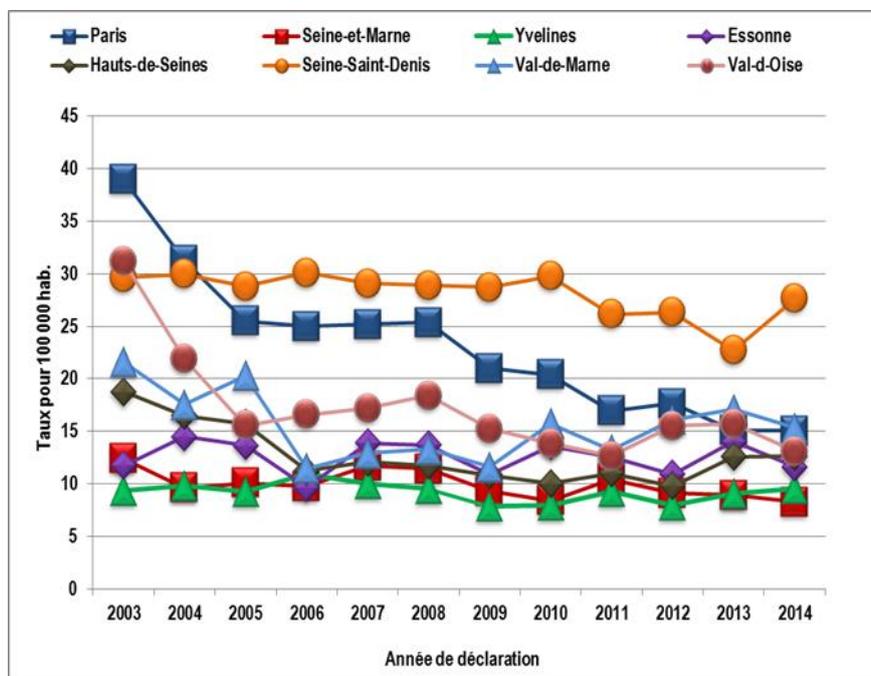
L'Île-de-France présente une incidence de la tuberculose deux fois plus élevée que le reste de la France. Des disparités territoriales existent dans la région notamment en Seine-Saint-Denis où l'incidence est nettement plus élevée que dans les autres départements de la région.

Après une baisse importante depuis des années, nous restons en 2014 à 14,9 nouveaux cas de tuberculose maladie pour 100 000 habitants



Cette incidence est à analyser à l'aune de contrastes territoriaux importants : l'INVS met en évidence en 2014 :

- une diminution dans les départements de Seine-et-Marne, de l'Essonne, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise avec respectivement 8.1, 11.6, 15.8 et 13.4 cas 100 000 habitants
- Le département de Paris observe une stabilité de déclaration de la tuberculose avec un taux à 16.4 cas pour 100 000 habitants qui n'a pas bougé depuis 2013.
- une légère augmentation dans les Yvelines avec 9,6 cas pour 100 000 habitants en 2014 comparé à 2013 (9 cas 100 000 habitants) et dans les Hauts-de-Seine avec 13.2 pour 100 000 habitants en 2014 comparé à 12.4 pour 100 000 habitants en 2013.
- une augmentation très marquée en 2014 sur la Seine-Saint-Denis avec 28.2 cas contre 23.2 cas pour 100 000 habitants en 2013. Cette augmentation est surtout marquée chez les personnes nées à l'étranger.



Ce que prévoyait le PRS

- Adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité (migrants).
- Améliorer le dispositif régional, à travers la mise en place d'un pilotage régional concerté, d'une harmonisation des pratiques au sein du réseau régional des CLAT, de l'articulation avec les politiques de cohésion sociale et l'évaluation de l'ensemble du dispositif par l'ARS.
- Améliorer la détection et assurer la prise en charge précoce.
- Renforcer le système de déclaration obligatoire.
- Améliorer les enquêtes autour d'un cas déclaré.
- Développer la prévention primaire et les dépistages ciblés dans les populations à risques, telles que les personnes migrantes, les personnes en situation de précarité, en habitat collectif, en errance, les Roms et les détenus ou sortant de prison.
- Améliorer la couverture vaccinale par le BCG, en commençant par un état des lieux.

Ce qui a été réalisé

Plusieurs grands axes d'actions peuvent être dessinés :

UN EFFORT A PORTE SUR LA STRUCTURATION DU PILOTAGE REGIONAL

(objectifs initiaux : améliorer le dispositif régional, à travers la mise en place d'un pilotage régional concerté, d'une harmonisation des pratiques au sein du réseau régional des CLAT, de l'articulation avec les politiques de cohésion sociale et l'évaluation de l'ensemble du dispositif par l'ARS)

4 groupes de travail ont été mis en place en définissant les objectifs, méthodes de travail et livrables par méthode participative :

- Dépistage ciblé : échanger sur les pratiques, évaluer l'efficacité et évaluer la place d'une approche de santé globale ;
- Harmonisation des RAAP : renforcer la qualité de l'information sur la LAT et son utilisation à partir d'une analyse régionale partagée de l'information existante ;
- Relation avec les hospitaliers : renforcer le taux de traitement achevé de la tuberculose maladie (taux de départ 70% en 2011 dernière DO disponible), renforcer le taux de déclaration des DO dont DO issues de traitement (taux de départ 60% en 2011, dernière DO disponible) ;
- Vaccination recommandée par le BCG : maintenir le niveau de la couverture vaccinale en Île-de-France.

Conformes aux attentes, ces objectifs et leurs plans de travail ont été développés de manière participative avec les CLAT.

- Composition des groupes : personnes ressources volontaires des CLAT, partenaires dont hospitaliers, équipe mobile de lutte contre la tuberculose du samu social et le SSR du CH de Bligny, acteurs majeurs de la prise en charge de la TB MDR, cellule de veille, services de l'Agence.
- La CIRE est partenaire, ainsi que l'InVS pour le groupe hospitalier.

Un état des lieux régional du dispositif de lutte antituberculeuse existant a été réalisé en 2014 et présenté en CODIR. Cette première démarche a comporté des indicateurs de benchmark qu'il conviendrait de consolider.



Les conventions portant délégation de compétence aux conseils départementaux (91, 93) ont été renouvelées mais le CD 78 s'est désengagé de la lutte antituberculeuse et l'ARS a habilité un opérateur hospitalier.

Les habilitations des CLAT en gestion directe ARS ont été renouvelées et le financement attribué aux CLAT pour ces 4 départements 77, 78, 92, 94 est de 6 330 000 €. Au total le financement attribué à la thématique tuberculose dans la région est de 21 033 000 € (incluant les DGD attribuées aux Conseils Départementaux).

UN DEUXIEME AXE REGROUPE L'ENSEMBLE DES OBJECTIFS VISANT A AMELIORER LA PRISE EN CHARGE ET LE PARCOURS DES PATIENTS, EN FONCTION DES SPECIFICITES EPIDEMIOLOGIQUES (objectifs : améliorer la détection et assurer la prise en charge précoce, renforcer le système de déclaration obligatoire, améliorer les enquêtes autour d'un cas déclaré)

Améliorer le dépistage autour des cas, tant en exhaustivité qu'en ciblage

Le nombre de signalements de cas de tuberculose maladie reste globalement stable (2011 : 1914 cas, 2012 : 1974 cas). En 2013, les 8 CLAT départementaux ont reçu 1 882 signalements de tuberculose maladie de patients domiciliés dans leur département et ont réalisé un taux d'enquête de 94% avec 24 075 contacts identifiés dont 77% ont eu un dépistage (pour un objectif de 80% HCSP), taux de 80% pour les contacts vivant sous le même toit (pour un objectif CPOM 2012-2014 de 80%). 122 cas de tuberculose maladie secondaires ont été dépistés soit 0,7% de dépistage secondaire (de 0.3 à 1.2 selon les CLAT, pour un objectif HCSP de 1%). Le taux de dépistage d'infection tuberculeuse latente était de 11% (pour un objectif HCSP de 10 à 30%). Parmi les contacts, 37% étaient des "proches" (vivants sous le même toit ou autres proches du milieu familial ou privé) avec 1,6% de tuberculose maladie dépistée (vs 0,08% chez les autres types de contacts). Parmi les contacts dépistés, la proportion de "proches" variait de 30 à 50% selon les départements avec une efficacité en rapport. Ces résultats montrent une activité CLAT régionale importante et indispensable pour la détection de cas secondaires et en accord avec les objectifs fixés par le HCSP, mais des différences d'approches départementales justifiant le renforcement de ce groupe de travail pour une standardisation des approches et vers un renforcement de l'efficacité. Le groupe RAAP au travers de l'utilisation des données d'enquêtes autour des cas, renforce la standardisation des pratiques, en s'appuyant sur les indicateurs et leurs objectifs définis dans le guide 2013 du HCSP.



Améliorer le parcours des patients

Le groupe de travail « hospitalier » s’est orienté vers le renforcement de la communication entre les acteurs et l’anticipation du risque de perdu de vue dès l’entrée en hospitalisation. Un annuaire des référents hospitaliers a été développé faisant état de l’importance du réseau de prise en charge (129 sites déclarants en 2014 dont 20 hôpitaux concentrant 60% des cas, mais 60% des sites concentrant seulement 10% des cas). Ce groupe œuvre à la systématisation d’un parcours santé en réseau hôpital ville pour anticiper le risque de perdu de vue en fin d’hospitalisation et au renforcement de l’ETP par l’autorisation de programmes spécifiques en lien avec l’équipe ETP ARS.

Prendre en charge les tuberculoses multi résistantes

La prise en charge de la TB MDR en ÎLE-DE-FRANCE bénéficie d’un parcours santé spécifique et indispensable. 58/112 cas de TB-MDR déclarés par le laboratoire national de référence en 2014 étaient en ÎLE-DE-FRANCE (8/25 durant le T2-2014) (rapports CNR). Le relai de la sortie hospitalière est assuré par le SSR Bligny jusqu’à négativation des cultures puis la prise en charge ambulatoire est coordonnée par l’EMLT. Une analyse du parcours est en cours par la cellule de veille. Le suivi des issues de traitement comme l’identification et la prise en charge des contacts autour des cas de tuberculose multi résistantes nécessitent une implication forte.

Gérer les situations communautaires complexes

L’exécution du PRS a été marquée par la réémergence de la tuberculose dans le débat public local et parfois régional ou national, à l’occasion de plusieurs situations. Il est utile d’en rappeler les principales :

Site	Résumé de la situation	Nombre de cas confirmés	Bilan global de la démarche
Clichy-sous-Bois – Quartier du Chêne Pointu (93)	Septembre 2011 – Le quartier du Chêne-Pointu à Clichy-sous-Bois compte environ 6000 habitants qui vivent dans des immeubles dégradés où 2 habitants sur 3 sont sous le seuil de pauvreté. Forte proportion d’habitants d’origine subsaharienne. Au cours de l’été, les médecins ont repéré 22 malades atteints de tuberculose (à des adresses très proches) dont une dizaine d’enfants, ainsi qu’une trentaine de personnes atteintes d’une infection latente. Les médias s’emparent du sujet (BFM TV, TF1, ...) et les articles sur le sujet se multiplient dans la presse. Le CG 93 prend l’initiative de dépister <u>l’ensemble des habitants</u>	?	? Il s’est avéré que l’ensemble des cas étaient localisés dans 2 barres d’immeubles proches ... L’ARS a versé une enveloppe

	<u>des dix barres d'immeubles du quartier</u> (tests cutanés et radios des poumons).		de 500 000€ au CG93 en plus des dotations habituelles.
Lycée Eugène-Delacroix - 94	2012 – En janvier 2012 un adolescent de 16 est diagnostiqué avec une forme particulièrement sévère et bacillifère de TB pulmonaire (poumon blanc) - il présentait des signes anciens (perte de 18kg en 6 mois, toux > 2 mois) et avait reçu un traitement antibiotique. Dès l'enquête familiale, tout l'entourage direct est atteint (1 cas secondaire et 3 ITL récentes). L'enquête autour des cas dans le lycée retrouve rapidement des cas 2 nd et un fort taux d'ITL et décision est prise de s'orienter vers un dépistage de l'ensemble du lycée (adultes et étudiants). Au total par vagues successives de dépistages répétés entre janvier et septembre 2012, 16 cas de TM 2 nd et 162 ITL dont 147 traitées seront diagnostiqués et pris en charge.	16 TM 162 ITL	Il s'agit d'une forme exceptionnelle de contagiosité liée à la forme et gravité de l'atteinte pulmonaire. La décision d'orienter l'enquête autour ces cas vers un dépistage de l'ensemble des membres du lycée s'est révélé fondamentale dans cette situation spécifique et a nécessité plusieurs vagues. Cette stratégie a permis d'interrompre la transmission. Après une période renforcée de surveillance fin 2012 et 2013, aucun nouveau cas n'a été identifié.
Paris 75 018 Camp Porte des Poissonniers	Décembre 2015 – L'ARS (CRVAGS et DT 75) a été informée fin novembre 2015 de 3 cas de tuberculose dans un camp situé à proximité de la porte des Poissonniers (75018) ; y sont hébergées entre 300 et 400 personnes de la communauté rom ; les résidents sont organisés en unité de vie de moins de 10 personnes chacune. La médiation au sein du camp est assurée par Médecin du Monde (MDM) Concernant le dépistage, la coordination était assurée par le CLAT 75 (DASES) en collaboration avec MDM, PMI, le Secrétariat Général de la Ville de Paris et les hôpitaux de référence (Bichat et Robert Debré). Un listing regroupant 150 résidents « cas contact » a été établi en lien avec l'équipe de MDM. Ont été réalisées 119 radio pulmonaires et 30 intradermo réactions.	-Trois cas infection tuberculose latente pour des adultes « contact » - Un cas tuberculose maladie chez une enfant scolarisé (dépistage scolaire réalisé, bilan en cours) - Une indication de traitement pour un enfant de < 2 ans.	La coordination efficace des différents acteurs a permis de réaliser ce dépistage dans délais contraints avant l'évacuation du camp (réalisée en date du 3 février 2016)



Le troisième axe vise à adapter les stratégies de dépistage à l'évolution de l'exposition des populations, et à mieux cibler sur les groupes sociaux les plus vulnérables.

Il regroupe deux objectifs du SRP (adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité –migrants- et développer la prévention primaire et les dépistages ciblés dans les populations à risques, telles que les personnes migrantes, les personnes en situation de précarité, en habitat collectif, en errance, les Roms et les détenus ou sortants de prison)

Plusieurs actions sont conduites de façon spécifique :

- a) Des actions en direction des populations vivant en bidonvilles sont incluses dans le programme global soutenu au sein du PRAPS : pour ces actions, les associations missionnées par l'Agence font interface entre les personnes concernées et les centres de dépistage. De la même manière, un dépistage ciblé est mis en place en coordination entre l'association MDM, gestionnaire et le CD 93 pour atteindre les consultants du CASO à Saint-Denis. Le résultat de ce dépistage témoigne de son adaptation à ce public.
- b) L'équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT), confiée au SAMU Social de Paris, intervient en coordination de soins, à Paris et en petite couronne, pour renforcer le suivi sous traitement TB pour les grands exclus, les migrants isolés, les patients MDR en situation de précarité. 308 patients étaient pris en charge en 2014 (157 migrants, 78 grands exclus, 66 patients MDR et 7 autres)- 51% n'avaient pas de couverture sociale ; 30% avaient au moins une co-infection hépatite ou VIH. La durée moyenne de prise en charge était de 9 mois (rapport 2014). Durant le premier semestre 2015, 226 patients étaient pris en charge.



LE QUATRIEME AXE EST CELUI DU MAINTIEN DE LA COUVERTURE VACCINALE PAR LE BCG POUR LES ENFANTS A RISQUE

Depuis la mise en œuvre du PRS, une pénurie sévère de vaccin BCG a fait son apparition au niveau national. Parallèlement, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a fait évoluer les recommandations vaccinales par le BCG, qui ne cible plus la totalité des enfants Franciliens. Dès lors, l'amélioration de la couverture vaccinale par le BCG ne fait plus référence à une augmentation quantitative, mais plutôt à notre capacité à cibler les enfants à risque, et de garantir leur accès à la vaccination.

Démarrée fin 2014, la pénurie de vaccin BCG s'est aggravée suite à la rupture de stock du vaccin utilisé en France et son remplacement en avril 2016 par un vaccin alternatif en caractère palliatif et temporaire. Très tôt, les structures priorisées pour la réalisation des vaccinations (PMI, CLAT et Centres de vaccination) se sont mobilisées pour garantir le maintien de la couverture, mais le manque de visibilité, les réserves de caractère technique émises par rapport au nouveau vaccin et la tension provoquée par l'accroissement de leur activité pesant sur les structures effectrices obligent de repenser le dispositif, car elles drainent des ressources auparavant dédiées à leurs autres missions.

Actuellement, seules quelques PMI et CLAT et centres de vaccination continuent de vacciner par le BCG via des séances collectives et le risque est fort que cette activité de vaccination soit à l'arrêt ou très faible dans certains départements où les collectivités territoriales se sont désengagées.

L'ARS travaille avec tous ses partenaires pour trouver des solutions permettant d'assurer l'identification et la vaccination des enfants ciblés (un peu plus de 50% des naissances dans la région). Le contact fréquent avec la DGS permet de remonter les préoccupations des acteurs de terrain et de leur donner de la visibilité dans la mesure du possible. Dans la mesure où la pénurie se maintient en 2017, il est important d'assurer l'approvisionnement. En ce sens, l'ARS a consolidé une estimation des besoins régionaux en vaccin BCG fondée sur les recommandations du HCSP, et travaille pour que l'allocation de doses observe ce critère. L'Agence réalise par ailleurs une enquête mensuelle qui permet de suivre l'activité de vaccination des effecteurs recensés et d'identifier précocement des variations.

L'ARS travaille aussi sur la remobilisation des acteurs de manière contractualisée, et démarre une concertation des parties prenantes sur les modalités d'organisation de l'offre en 2017 pour pouvoir assurer la continuité de l'activité. Cela inclut également, l'expérimentation de nouvelles modalités pour la réalisation des vaccinations en séance collective envisagées ou

prises en œuvre dès 2015, comme le conventionnement des médecins généralistes ou la prise en charge des vaccinations par les infirmiers.

Finalement, un travail complémentaire devra être lancé sur la couverture vaccinale BCG dans la région : si les chiffres vont probablement connaître une inflexion, l'Agence devra s'intéresser à la capacité du dispositif actuellement en place d'identifier et prioriser les enfants ciblés par les recommandations du HCSP dans ce contexte de pénurie, et proposer de nouvelles méthodes de calcul de la couverture vaccinale, en lien avec Santé Publique France et sa cellule en région.

Plus largement, la gestion de la pénurie BCG pose le défi d'une modification plus générale du rapport des effecteurs et du public à la vaccination, car des pénuries transitoires ont affecté et affecteront probablement de manière itérative la France et notre région, exigeant d'entamer des démarches de programmation innovantes pour répondre aux enjeux représentés par la couverture des populations ciblées.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

La tuberculose est une maladie de la précarité et de la promiscuité. La LAT est par définition une prise en compte de ces inégalités par le renforcement du dépistage et la prise en charge gratuite des personnes sans droits.

L'orientation est d'élargir l'offre de prévention globale en proposant également le dépistage VIH et des hépatites pour les groupes à risque en particulier les migrants.

Des orientations complémentaires, notamment à travers une politique d'ajustement des moyens aux situations épidémiologiques, ont permis d'engager un redéploiement progressif visant à ajuster l'intervention publique aux besoins socio-épidémiologiques.

Analyse des freins et leviers

- La structuration départementale des CLAT n'est pas homogène pour les 4 départements sous recentralisation. Dans les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines une centralisation et coordination de la LAT est assurée par un CLAT central avec des antennes. Par contre dans le département du Val de Marne, 10 sites habilités ne permettent pas une coordination efficace avec des disparités territoriales évidentes ; une planification doit être enclenchée au travers du renouvellement des habilitations. En Seine et Marne, 3 CLAT coexistent, couverture qui est rendue nécessaire par l'étendue du territoire ; cette spécificité donne à la DT un rôle majeur dans la coordination et

centralisation. Le large réseau de prise en charge (> 100 sites déclarants, 8 CLAT départementaux avec parfois de nombreux sites) implique une approche stratégique dans le renforcement de la prise en charge dont ETP afin d'optimiser au mieux les moyens.

- D'un point de vue institutionnel, le système de dépistage est issu d'une combinaison juridique complexe. Il en résulte une insuffisance de visibilité des moyens attribués en direction des départements et notamment des sommes réellement dédiées à la tuberculose : ces éléments complexifient l'ajustement des moyens aux besoins. Une démarche de benchmark a été engagée, mais reste difficile à développer, nécessitant une harmonisation des pratiques (cf. groupe RAAP) et une analyse basée sur les indicateurs de résultats, définis dans le guide 2013 du HCSP pour l'enquête autour des cas.
- Parmi les freins, la pénurie BCG depuis la fin de l'année 2014 a été une difficulté majeure et la couverture vaccinale BCG est à surveiller. Le maintien de la mobilisation des acteurs, leur mise sous tension, ont conduit à reporter le travail d'analyse de fond de la stratégie vaccinale.
- Des difficultés spécifiques sont à signaler en matière de tuberculose MDR le SSR de Bligny dispose de 60 lits pour les soins de patients atteints de tuberculose dont 20 pour les cas de TB-MDR. Le cout et la durée de traitement de la TB-MDR avec l'absence d'inscription en liste en sus pour délivrance en SSR, en particulier du TMC207, de la delamanid et du para-aminosalicylique, entraînent un reste à charge pour l'établissement malgré la dotation complémentaire. Ces médicaments ont été inscrits en 2016 sur la liste de rétrocession pour prise en charge en ambulatoire mais ne concernent pas la prise en charge en SSR.
- Les personnes atteintes de tuberculose font souvent partie de groupes vulnérables pour le VIH et les hépatites. L'approche globale de dépistage des co-morbidités doit être renforcée pour réduire les occasions manquées. Elle n'est pas inscrite dans les missions des CLAT (qui dépistent l'entourage) et se heurte à des problèmes de prise en charge. Une évaluation sommaire à partir des 18 625 contacts dépistés en 2013 (122 cas TM 2nd) et la proportion estimée originaire d'Afrique sub-saharienne (30% dans les DO), la fréquence des TROD VIH+ (1%-ARS2014), de l'hépatite B chronique (5.3%) et de l'hépatite C (3.1%) (InVS 2004) dans cette population, les occasions manquées de dépistage chez des personnes d'origine Africaine pourraient concerner 55 cas de VIH, 300 cas d'hépatite B chronique et 170 cas d'hépatite C dont >80 en besoin de traitement.



Perspectives

L'un des enjeux majeurs de la LAT est la réponse à la pénurie de BCG pour le maintien de la couverture vaccinale. Malgré le dispositif dédié mis en place pour répondre à l'absence de vaccin en privé, le durcissement de la pénurie met en jeu la mise en place des séances dédiées. Le travail en partenariat avec la DGOS et la remontée d'information sont cruciaux.

L'efficacité des actions de dépistage (enquête autour des cas, dépistage ciblé) est à renforcer par un travail participatif et d'échanges de pratiques tels que celui enclenché, i.e. :

- meilleur ciblage des contacts, à partir du premier cercle de proches ou les taux secondaires de TM sont élevés.
- orientation du radio dépistage systématique par un ciblage sur symptomatologie clinique.

La prévention de la résistance aux antituberculeux passe par le renforcement de l'ETP, une meilleure coordination des acteurs, une meilleure connaissance des facteurs de risque de non adhérence au traitement et suivi afin d'anticiper le risque et développer des parcours santé spécifiques.

Il convient de déterminer des référentiels en termes de coûts des CLAT afin de consolider la répartition des moyens.

Enfin, les personnes atteintes de tuberculose font souvent partie de groupes vulnérables pour le VIH et les hépatites. L'approche globale de dépistage des co-morbidités doit être renforcée pour réduire les occasions manquées. Elle n'est pas inscrite dans les missions des CLAT (qui dépistent l'entourage) et se heurte à des problèmes de prise en charge.

Éléments connexes du bilan

- *Bilan de la Veille et Sécurité sanitaire*
- *Bilan du PRAPS*



Les Vaccinations

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Une couverture vaccinale en Île-de-France supérieure à la moyenne nationale.*
- *Des données à l'échelle infra départementale insuffisantes.*
- *Des pénuries vaccinales itératives qui nécessitent d'engager une démarche de planification à l'échelle régionale afin de garantir une bonne couverture vaccinale des populations prioritaires, en accord avec les recommandations du Haut Conseil de la Santé publique.*

Le contexte

La vaccination en Île-de-France (ÎLE-DE-FRANCE) repose sur des dispositifs complémentaires tels que la vaccination par les professionnels de santé libéraux notamment les généralistes, les services de Protection maternelle et infantile, les centres de vaccinations, les centres de vaccination anti-méningocoques.

En 2013, les couvertures vaccinales en ÎLE-DE-FRANCE sont supérieures aux nationales. Toutefois, il reste encore des progrès à accomplir sur certains territoires franciliens. De même, il importe de renforcer les dispositifs publics et de développer la vaccination en direction des enfants en situation de précarité et notamment ceux arrivés récemment en France.

Ceux-ci présentent selon l'étude 2013 de l'observatoire du Samu social ENFAMS¹⁷ des taux de couverture vaccinale alarmants. Ainsi concernant la tuberculose et selon les données INSEE, 47 % des enfants franciliens d'une classe d'âge donnée sont éligibles au BCG en fonction des nouvelles recommandations du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) du 18 avril 2016.

¹⁷ « Rapport d'enquête ENFAMS - Enfants et famille sans logement personnel en Île-de-France – premiers résultats de l'enquête quantitative ». Paris: Samu social de Paris, octobre 2014. Disponible sur : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf.

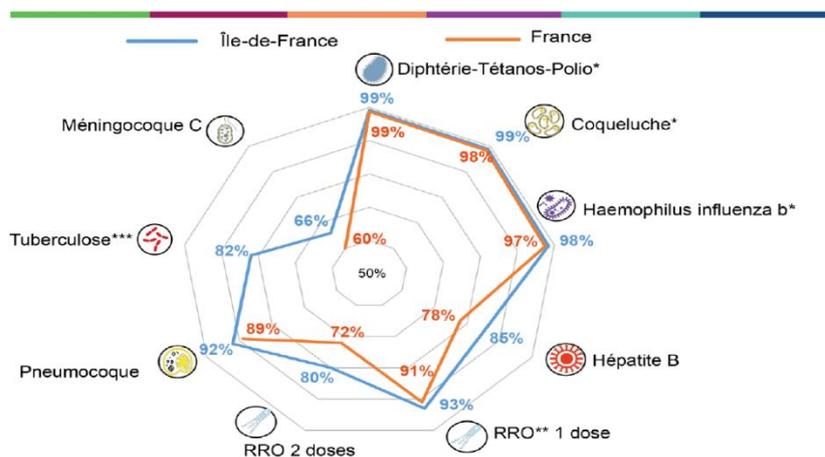
Depuis novembre 2014, l'Île-de-France à l'instar des autres régions de France est confrontée à une situation de crise particulière en raison d'une pénurie affectant plusieurs vaccins comme celui du BCG, de vaccins à valence coqueluche, de vaccin contre la méningite ou contre l'hépatite A ou plus récemment contre le pneumocoque.

Suite à cette pénurie, un contingentement de livraison des vaccins BCG et pentavalent a été mis en place afin de réserver ces vaccins pour le dispositif public. Malgré l'implication des PMI, des Centres de lutte contre la tuberculose et des centres de vaccination, il est à craindre un impact de cette situation sur la couverture vaccinale des enfants nés depuis fin 2014 et à terme des répercussions sur l'incidence de cas de tuberculose maladie notamment chez les enfants de moins de 15 ans (pour mémoire 75 cas en 2013 en ÎLE-DE-FRANCE).

De plus, une épidémie de rougeole a affecté l'Île-de-France en 2012 et la mise en œuvre en juillet 2014 de campagnes de vaccination en direction des enfants résidant dans les camps de ROMS (où il ressort qu'environ 60% des enfants n'ont pas de couverture vaccinale).

Données régionales sur les maladies à prévention vaccinales

La couverture vaccinale des enfants franciliens à 2 ans



(Sources : cs24 2012, sauf pour méningo : DCIR 2013 chez 2-4 ans)

Tuberculose

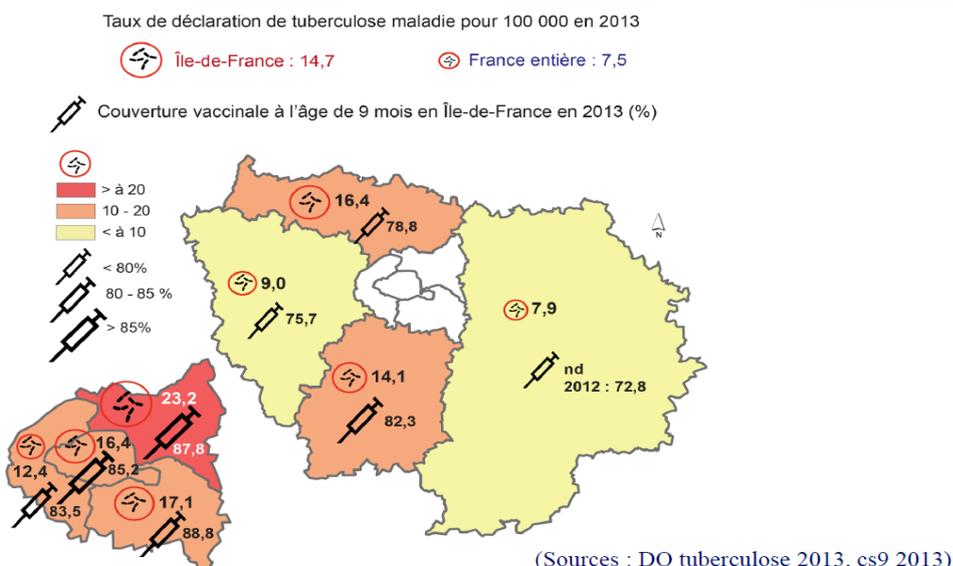
La vaccination par le BCG était depuis la disparition de l'obligation vaccinale en 2007 fortement recommandée en région ÎLE-DE-FRANCE. En 2016, les recommandations ont à nouveau évolué et ciblent désormais les enfants présentant des facteurs de risque autres que la seule résidence en ÎLE-DE-FRANCE.

En 2012, le taux de couverture vaccinale BCG était de 79,9% à 9 mois et de 81,6% à 24 mois. Une diminution est attendue à partir de 2015, du fait de la pénurie, qui se consolidera à partir de 2016 avec la révision des recommandations pour cibler les enfants le plus à risque.

Dans tous les cas, ce taux n'est pas homogène : on note en particulier une disparité géographique, avec un taux de couverture vaccinale plus élevé en petite couronne qu'en grande couronne. De plus, l'enquête ENFAMS¹⁸ précitée a mis en évidence pour les enfants nés à l'étranger une couverture vaccinale par le BCG inférieure à celle d'enfants nés en France (97,5% versus 38,8%) sans que cette étude précise l'année d'arrivée en France.



Focus Tuberculose / BCG



Diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche-hemophilus influenzae b

En ÎLE-DE-FRANCE en 2013, plus de 95% des enfants de 24 mois ont reçu trois doses de vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hib¹⁹. Les taux les plus élevés sont observés à Paris et le taux régional est globalement plus élevé que la moyenne nationale.

¹⁸ Sauf mention contraire, les couvertures vaccinales citées dans le texte sont issues de : La vaccination des enfants et des adolescents en Île-de-France. Actualisation 2015. Rapport & enquête. InVS, ORS Île-de-France. 2015. Cette information est reprécisée dans les tableaux et figures le cas échéant.

¹⁹ A partir de 2013, le schéma vaccinal pour ces 5 valences est de 3 doses seulement.

Tableau 1. Couvertures vaccinales pour « 3 doses » de DTP, coqueluche et Haemophilus influenzae b par département en Île-de-France en 2012 et 2013*. (Source : La vaccination des enfants et des adolescents en Île-de-France. Actualisation 2015. Rapport & enquête. InVS, ORS Île-de-France, 2015).

Département	Diphtérie-Tétanos-Polio		Coqueluche		Haemophilus influenzae b	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Paris	99,8%	99,9%	99,7%	99,9%	99,4%	99,5%
Seine-et-Marne	98,9%	ND [‡]	98,7%	ND [‡]	97,9%	ND [‡]
Yvelines	99,6%	99,6%	99,4%	99,5%	99,0%	98,9%
Essonne	99,3%	99,2%	99,0%	98,9%	98,5%	98,3%
Hauts-de-Seine	99,4%	99,5%	99,3%	99,4%	98,9%	99,0%
Seine-St-Denis	98,7%	99,0%	98,4%	98,6%	97,5%	98,0%
Val-de-Marne	98,9%	98,9%	98,8%	99,1%	98,3%	98,9%
Val-d'Oise	99,4%	98,9%	98,9%	98,5%	97,9%	97,5%
Île-de-France	99,2%	ND [‡]	99,0%	ND [‡]	98,4%	ND [‡]
France entière	98,7%	98,5%	98,4%	98,3%	97,5%	97,5%

* L'année correspond à la date de validité : pour 2012, ce sont les enfants nés en 2010 pour les CS24. [‡]ND = non disponible.

Par ailleurs, entre 2005 et 2013, les taux de couverture vaccinale pour les enfants de 6 ans (source Drees-Dgesco) a augmenté pour la vaccination anti-Haemophilus influenzae b et a été en légèrement en recul en ce qui concerne le DTP (-1,7) et la coqueluche (-0,3).

Hépatite b²⁰

Pour l'ÎLE-DE-FRANCE, la CV 2012 s'élève à 84,7 % versus 78,1% France entière sur la même période.

En 2013 excepté le département de Seine-et-Marne pour lequel on ne dispose pas de données, la couverture vaccinale se situe dans une fourchette qui va de 83,3% en Seine-Saint-Denis à 90,2% dans l'Essonne.

Tableau 2. Progression des couvertures vaccinales contre l'hépatite B « 3 doses » à 24 mois, par département en Île-de-France et France entière : 2006, 2010 et 2013. Source : La vaccination des enfants et des adolescents en Île-de-France. Actualisation 2015. Rapport & enquête. InVS, ORS Île-de-France, 2015.

Département	2006	2010	2013
Paris	ND	77,9%	89,7%
Seine-et-Marne	54,3%	ND	ND
Yvelines	ND	73,2%	86,6%
Essonne	58,0%	77,8%	90,2%

²⁰ La vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez les nourrissons selon un schéma à 2 doses (2 et 4 mois) et un rappel à 11 mois, simultanément aux vaccinations DTP.

Département	2006	2010	2013
Hauts-de-Seine	52,6%	76,6%	88,4%
Seine-St-Denis	59,0%	71,7%	83,3%
Val-de-Marne	ND	71,1%	88,1%
Val-d'Oise	ND	ND	88,7%
Île-de-France	ND	ND	ND
France entière	39,3%	64,6%	81,5%

Méningocoque²¹

En 2013, la couverture vaccinale à 24 mois atteint près de 70% en ÎLE-DE-FRANCE versus 64% au niveau national. Pour les enfants de 1 à 4 ans la couverture vaccinale est estimée en ÎLE-DE-FRANCE à 66% et 60% pour le niveau national (Tableau 4).

Tableau 3. Couvertures vaccinales (%) contre le méningocoque C des enfants de 1 à 4 ans par département en Île-de-France, 2013. Source : La vaccination des enfants et des adolescents en Île-de-France. Actualisation 2015. Rapport & enquête. InVS, ORS Île-de-France, 2015.

	12-23 mois	2-4 ans
Paris	42	58
Seine-et-Marne	43	64
Yvelines	48	68
Essonne	45	65
Hauts-de-Seine	50	71
Seine-St-Denis	47	69
Val-de-Marne	46	63
Val-d'Oise	49	68
Île-de-France	46	66
FRANCE	42	60

Source : Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), exploitation InVS

Pneumocoque²²

Entre 2010 et 2013, la couverture vaccinale à trois doses par le vaccin pneumococcique conjugué parmi les enfants de 2 ans a augmenté et est supérieur à 90% dans les départements franciliens ayant déclarés ces données (versus 89,2% France entière).

Rougeole

²¹ Depuis 2010, une seule dose à 12 mois suffit mais un rattrapage jusqu'à 24ans est recommandé.

²² La vaccination contre le pneumocoque est recommandée à l'ensemble des enfants par deux injections à l'âge de 2 et 4 mois puis un rappel à l'âge de 11 mois.



La vaccination par le RRO est recommandée à l'ensemble des enfants selon un schéma vaccinal comportant 2 injections (12 et entre 16 et 18 mois). Un rattrapage est prévu pour les enfants de plus de 2ans et chez les personnes nées depuis 1980.

Les évolutions pour la vaccination deux doses ont été importantes entre 2010 et 2012 et ensuite semblent se ralentir. Ainsi, en 2012, la couverture vaccinale RRO à 24 mois a été estimée à 93,1% pour une dose et à 79,9% pour deux doses (versus 74,5% France entière en 2013). Toutefois des écarts importants sont constatés selon les départements (95, 75% à 88% à Paris).

Papillomavirus

La vaccination contre les infections à HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et un rattrapage est prévu pour les jeunes filles 15 à 19 ans non vaccinées.

Il n'existe pas de données régionales disponibles sur le vaccin HPV mais les données nationales 2014 montrent une diminution de la couverture vaccinale.

Grippe

La grippe saisonnière peut entraîner des complications graves et même le décès, particulièrement chez les personnes fragiles.

Aussi, l'Assurance Maladie invite plus de 11millions de personnes à bénéficier gratuitement du vaccin, pris en charge à 100% le vaccin pour les personnes ciblées par les recommandations vaccinales du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Ce sont principalement les personnes âgées de plus de 65 ans et des personnes en affection de longue durée/ALD et porteuses de maladies chroniques.

Toutefois, cette couverture vaccinale antigrippale en Île-de-France est alarmante et n'a cessé de diminuer ces dernières années. Ainsi, en 2015, elle touche 43,4% de la population à risque versus 48,3% au niveau national.

Une inflexion de la situation actuelle passe par des actions spécifiques et ciblées auprès des professionnels de santé de proximité et d'autre part auprès des populations les plus en risque.

Ce que prévoyait le PRS

La vaccination n'a pas été affichée distinctement dans le SRP à travers un objectif stratégique car la couverture vaccinale était considérée en Île-de-France comme satisfaisante.

On retrouve ainsi le sujet de la vaccination dans de multiples rubriques du schéma régional de prévention soit au travers de thématiques (Tuberculose), d'approches populationnelles (jeunes enfants ; adolescents ; personnes âgées ; ...) ou de pratiques cliniques préventives (pharmaciens ; infirmiers).

Il est ainsi préconisé de :

- promouvoir des comportements favorables des jeunes parents et professionnels de santé,
- soutenir les vaccinations (primo-vaccination ou rappel) des adolescents,
- renforcer la couverture vaccinale des populations hébergées en EHPAD,
- d'améliorer la couverture vaccinale par le BCG (6^{ème} axe du plan régional de lutte contre la tuberculose).

Quatre axes ont ainsi été définis :

1. Conforter la gouvernance régionale en matière de vaccination ;
2. Améliorer la connaissance de la couverture vaccinale ;
3. Analyse du rôle du dispositif public (centres de vaccination gratuite) ;
4. Promouvoir les vaccinations notamment via l'organisation de la semaine européenne de vaccination (SEV), la mise en place d'une plateforme experte dans le 94 et l'expérimentation du carnet de vaccination électronique.



Ce qui a été réalisé

CONFORTER LA GOUVERNANCE REGIONALE EN MATIERE DE VACCINATION

Les actions régionales se sont structurées autour de 3 axes :

- contenu programme régional de vaccination déclinant le programme national.
- l'articulation du programme régional avec le programme GDR.
- l'amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale.

La gestion des pénuries multiples de vaccins a également fortement mobilisé le niveau régional pour :

- Informer les différents acteurs.
- Etablir une convention d'implication des médecins libéraux en période de pénurie et de contingentement BCG (en cours départements 75,93, 91, 94).
- Proposer un protocole de délégation des tâches médecin/infirmière pour le BCG en centre de vaccination, PMI ou CLAT (en cours).
- Suivre des données quantitatives et qualitatives vaccination BCG effectuées par PMI, CLAT, centres de vaccination en 2015.

D'autres actions importantes autour de la gouvernance :

- Communication en lien avec l'assurance maladie en direction des centres de vaccinations pour la mise en œuvre de l'article 49 de la LFSS pour 2015.
- Présentations régulières de la situation vaccinale devant la Commission de coordination des politiques publiques.
- Une plateforme de vaccination portée par la Croix Rouge a été mise en œuvre dans le Val-de-Marne. C'est un dispositif innovant qui centralise l'achat de vaccin par le dispositif public dans le département. Elle fera l'objet d'une évaluation dans le courant de l'année 2017.



AMELIORER LA CONNAISSANCE DE LA COUVERTURE VACCINALE

L'agence en lien avec la CIRE et l'ORS a contribué à la réalisation d'un état des lieux régional et départemental à partir des certificats de santé de l'enfant des 9 et 24^{ème} mois, des enquêtes en santé scolaire à 6,11 et 15 ans, des données SNIRAM de l'Assurance maladie, et d'autres enquêtes.

Ces travaux qui ont associé les Conseils départementaux et l'Education nationale, ont donné lieu à la publication de plusieurs documents tels que :

- Les acteurs publics de la politique vaccinale en ÎLE-DE-FRANCE (2014) ;
- La vaccination des enfants et des adolescents en ÎLE-DE-FRANCE en 2014 ;
- La vaccination des enfants et des adolescents en ÎLE-DE-FRANCE, actualisation 2015.

Les données à notre disposition sont globalement satisfaisantes par rapport au reste du territoire français même si l'on note des disparités territoriales.

Cette connaissance est encore perfectible notamment en termes d'exhaustivité du traitement du recueil par certains Conseils départementaux, et du biais de représentativité en raison de la participation insuffisante des médecins et des familles au remplissage et envoi des certificats de vaccination.

ANALYSE DU ROLE DU DISPOSITIF PUBLIC

L'agence a assuré le renouvellement des habilitations des structures gérées par l'ARS (départements 77, 78, 92, 94). Ces structures étaient financées en 2015 à hauteur de 2 281 000 € pour les activités de vaccination.

Pour les autres départements (75, 91, 93, 95), l'activité est financée par la DGD. L'ARS a assuré le renouvellement des conventions portant délégation de compétence aux conseils départementaux (91, 93).

A noter, le désengagement du conseil départemental du 78 a conduit l'ARS à habiliter un opérateur hospitalier : le Centre Hospitalier intercommunal de Meulan les Mureaux.

Un état des lieux régional a été réalisé en 2014 et présenté en CODIR. Cette première démarche a comporté des indicateurs de benchmark. Une analyse comparative des moyens alloués aux structures en relation avec leur activité est à poursuivre.



PROMOUVOIR LES VACCINATIONS

Une opération régionale de communication relayée au niveau départemental est organisée chaque année en ÎLE-DE-FRANCE dans le cadre de la *Semaine Européenne de la Vaccination (SEV)*.

La SEV créée à l'initiative de l'OMS, mobilise plus de 200 pays chaque année. En France, l'évènement est piloté au niveau national par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Institut National de la prévention et de l'éducation pour la santé (Inpes) et relayé en région par les ARS. C'est l'occasion d'informer, échanger, et sensibiliser les usagers à l'importance de la vaccination.

Elle permet de proposer aux usagers la vérification de la mise à jour de son carnet de santé ou de vaccination et si besoin, de procéder aux vaccinations et /ou rattrapages recommandés. L'objectif étant d'améliorer le taux d'adhésion de la population de façon à atteindre une couverture vaccinale efficace.

La SEV est l'occasion de réaffirmer pour l'Agence régionale de Santé Île-de-France, son engagement en faveur de la vaccination et de souligner son impact positif aussi bien au niveau collectif qu'individuel et de compter sur la mobilisation de ses partenaires afin de sensibiliser et de rappeler au public et aux professionnels de santé l'importance de la mise à jour du carnet de vaccination. Toutefois, le retour d'évaluation des actions par les partenaires est éparses et ne permettent pas d'en mesurer le véritable impact.

Toutefois, à titre d'information, pour la SEV 2016, 250 structures ont effectué des commandes de supports à l'INPES.

Quelle analyse des effets ?

Il est important de souligner :

- Le renforcement des partenariats et des liens qui se construisent avec les conseils départementaux.
- L'implication des collectivités locales dans le cadre des CLS.
- Le rapprochement étroit avec l'assurance maladie qui a permis d'accompagner la réforme issue de l'article 49 de la LFSS pour 2015 relative à la prise en charge financière des vaccins par l'assurance maladie.

- L'implication des acteurs et ce dans le contexte de pénuries vaccinales qui perdure depuis fin 2014 même si l'on constate un certain essoufflement des équipes.

Analyse des freins et leviers

Les freins

- Un dispositif régional insuffisamment structuré
- Une atomisation des acteurs, rendant la coordination complexe et fréquemment, incomplète
- Une atomisation de structures : historiquement, un grand nombre d'effecteurs, pilotés à des niveaux différents, fonctionnant sur des plages restreintes, pour assumer un faible volume d'activité
- Des pénuries constatées sur des valences multiples, drainant les efforts des acteurs et empêchant l'engagement sur des actions de longue durée.

Les leviers

- Une forte demande des parents pour faire vacciner leurs enfants qui crée une dynamique.
- Des liens qui se construisent de façon satisfaisante avec les Conseils départementaux et l'Assurance maladie ainsi qu'avec la DIRECCTE.
- Une implication forte des acteurs et ce même dans le contexte de pénurie qui perdure.

Perspectives

- Réactualiser l'état des lieux régional et départemental.
- Redéfinir des objectifs régionaux et départementaux voire infra-départementaux en matière de connaissance du taux de couverture vaccinale, information, communication, mobilisation.
- Inciter à l'implication des professionnels de santé libéraux et professionnels de soins hospitaliers et médicaux-sociaux, des services de santé au travail et d'action de communication en direction du public.



BILAN

- Mettre en place un dispositif planifié de l'offre de vaccination gratuite complémentaire à l'offre de ville (référentiels de coût, évaluation de la plateforme du Val-de-Marne, planification de l'offre).
- Formaliser un dispositif de gestion des vaccins en cas de pénurie.
- Poursuivre l'expérimentation du carnet de vaccination électronique dans le cadre de terri-santé et du DMP.

Pour ce faire:

- Mettre en place un Copil régional et des groupes de travail.
- Animer le réseau des partenaires (Conseils départementaux, DIRECCTE, Assurance maladie, hôpitaux/maternités).
- Coordonner, animer, orienter, conduire le réseau des centres de vaccination.



⇒ *Développer le dépistage organisé des cancers*

Dépistages des Cancers

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Un pilotage régional en cours de renforcement.*
- *Des outils d'analyse régionaux performants, mais une analyse à l'échelle locale fine très insuffisante.*
- *Des résultats en termes de DO très en dessous des cibles fixées.*
- *Des gains d'efficience attendus pour un renforcement de l'action de terrain.*

Le contexte

Certains cancers, pour lesquels des examens de référence ont démontré leur efficacité, sont accessibles via des programmes de dépistage organisé (DO), c'est actuellement le cas pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Le Plan cancer 2014-2019 prévoit que le cancer du col de l'utérus fasse également l'objet d'un programme de dépistage organisé.

Le **cancer du sein** est la localisation cancéreuse la plus fréquente chez la femme en Île-de-France en termes d'incidence et la première cause de mortalité par cancer. L'Île-de-France est la région la plus touchée avec un taux d'incidence supérieur de 8,8% par rapport à la moyenne nationale. Le taux de mortalité reste parmi les taux les plus élevés en France. Un programme de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) existe depuis 2004, invitant les femmes de 50 à 74 ans à bénéficier d'une mammographie tous les 2 ans. Le taux de participation au dépistage organisé en France n'atteint pas les objectifs fixés²³ et en particulier en Île-de-France (taux observés respectivement 51,9% et 39,9% sur la campagne 2013-2014). Après une progression régulière du DOCS jusqu'en 2009, la tendance actuelle à la stagnation voir à la diminution se confirme, comme sur le plan national. En ÎLE-DE-FRANCE la coexistence avec les démarches de détection individuelles (DI) sont particulièrement importantes. Une augmentation de l'activité mammographique hors DO a été observée notamment dans le 75, augmentant le taux de couverture mammographique global, par

²³ L'objectif européen est de 70%



département et pour la région. L'analyse annuelle de la couverture (DO + DI) se situe à 73 % de la population cible en 2013.

Le **cancer colorectal** est le troisième cancer le plus fréquent et de l'un des plus meurtriers, avec 17500 décès en 2015. La place de la région Île-de-France est assez favorable avec une incidence et un taux de mortalité inférieurs à la moyenne métropolitaine. Au sein de la région, on observe une composante spatiale significative mais modérée avec une mortalité globalement plus élevée que la moyenne en Seine-et-Marne et dans un quart nord-ouest de la région. Un programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) existe depuis 2009, offrant tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, par l'intermédiaire de leur médecin, un test de recherche de sang occulte dans les selles. Pour la campagne 2013-2014, avec 22,7%, le taux régional de participation au DOCCR affiche une tendance à la diminution, observée dans tous les départements, et reste plus faible que le niveau national (à 29,8%), pour les femmes (24,1% versus 31,5% pour le taux national de participation) comme pour les hommes (21,3% versus 27,9% pour le taux national de participation).

Les taux de participation aux DO varient du simple au double selon les territoires et le type de dépistage : pour les dernières campagnes, ils varient de 26,8 (75) à 51,4 % (77) pour le sein et de 14% (75) à 30,2 % (77) pour le colorectal selon les départements, donc bien en deçà des objectifs du Plan Cancer.

Le cancer du **col de l'utérus** se situe au 6^{ème} rang des cancers chez la femme en termes d'incidence et au 10^{ème} rang en termes de mortalité en Île-de-France. L'Île-de-France se situe dans la moyenne métropolitaine pour cette localisation en termes d'incidence et de prévalence. Une action expérimentale de dépistage organisé a été menée depuis 2010 dans 13 départements de France, dont le Val-de-Marne. Ce programme est poursuivi dans le Val-de-Marne depuis 2014 en attente de sa généralisation à l'ensemble de la France.

L'organisation et l'animation du dispositif au niveau territorial (qui peut être départemental ou interdépartemental) est confiée aux **structures de gestion des dépistages organisés** (SGDO). Les structures de gestion doivent veiller à la qualité de leur système d'information en récupérant exhaustivement l'ensemble des données qui renseignent les différents axes du dépistage (résultats, fonctionnement, qualité, efficacité,..) et ceci soulève parfois des difficultés spécifiques (connaître la réalisation d'une coloscopie ou son résultat par exemple) ou se confronte à des délais d'obtention importants (résultats d'anatomopathologie par exemple).



L'ARS accompagne les 8 structures de dépistage organisé des cancers de la région, participe aux frais de fonctionnement à part égale avec l'assurance-maladie, ce qui fait l'objet d'une concertation étroite, en lien avec le programme GDR partagé. Elle déploie des tableaux de bord annuels du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, suit les rapports d'activité des structures de gestion, établit ou collabore à l'établissement de cartographies, mène une réflexion en commun avec l'assurance-maladie et certains Conseils Généraux sur les moyens de communication et de promotion du Dépistage Organisé. L'objectif de réduction des inégalités d'accès et de recours au dépistage est un axe fort de l'ARS.

Ce que prévoyait le PRS

Le PRS définissait des objectifs intermédiaires (de moyens) : décliner le plan national du dépistage organisé des cancers :

Axe population :

- Faire évoluer le dispositif de sensibilisation et de promotion du dépistage organisé en privilégiant des actions :
 - auprès des cabinets de radiologie et de professionnels de première ligne ;
 - intégrant la sensibilisation au DO dans une approche de santé globale des femmes ;
 - ciblées vers les populations défavorisées et les territoires en besoin ;
 - en partenariat avec les acteurs locaux.

Axe professionnels de santé :

- Améliorer les échanges d'informations entre les structures de gestion et les professionnels ;
- Améliorer la sensibilisation des médecins à la valeur ajoutée du DO et notamment les médecins ayant les taux les plus faibles de recours au DO ;
- Renforcer l'implication des généralistes dans la démarche de prévention.

Axe pilotage régional :

- Renforcer la connaissance de l'offre de DO et de ses résultats par :



- l'analyse regroupé des données (tableaux de bord DOCS, logiciel APACCHE, données SNIRAM, etc.) ;
- la généralisation et l'harmonisation de la cartographie de l'offre de DI et DO.
- Assurer le pilotage régional opérationnel et stratégique à travers un comité régional des cancers en associant structures de gestion et co-financeurs ;
- S'appuyer sur un collège de professionnels de santé dans le cadre des travaux d'amélioration des pratiques ;
- Développer l'animation territoriale des DT autour du DO afin de renforcer les liens entre les acteurs locaux.

Les objectifs de résultats sont fixés par le CPOM

Le CPOM ARS / Etat fixe des objectifs et des indicateurs de suivi propres à la région, ainsi que les valeurs cibles régionales. Le CPOM de l'Agence en 2013 proposait :

- Cancer du sein
 - Taux de participation au DOCS de 60% en 2013, associé à une réduction de 10% des inégalités infrarégionales.
- Cancer colorectal
 - Taux de participation au DOCCR de 50% en 2013, associé à une réduction de 10% des inégalités infrarégionales.

Ce qui a été réalisé

Objectifs SRP	Typologie d'actions mises en place				
	Amélioration de la connaissance	Pilotage régional	Activité des SGDO	Soutien financier et impulsion d'actions	Innovation
<i>Faire évoluer le dispositif de sensibilisation et de promotion du DO</i>					
<i>Améliorer les échanges d'informations entre les SGDO et les professionnels</i>					
<i>Améliorer la sensibilisation des médecins à la valeur ajoutée du DO</i>					
<i>Renforcer l'implication des généralistes dans la démarche de prévention</i>					
<i>Renforcer la connaissance de l'offre de DO et de ses résultats</i>					
<i>Assurer le pilotage régional opérationnel et stratégique</i>					
<i>S'appuyer sur un collège de professionnels de santé dans le cadre des travaux d'amélioration des pratiques</i>					
<i>Développer l'animation territoriale des DT autour du DO afin de renforcer les liens entre les acteurs locaux</i>					

AMELIORATION DE LA CONNAISSANCE

Tableaux de bord

L'ARS Île-de-France a souhaité se doter en 2011 d'un tableau de bord pour le pilotage du dépistage organisé du cancer colorectal, tout comme pour le dépistage organisé du cancer du sein dont le tableau de bord existe depuis 2003. Publiés annuellement, les tableaux de bord ont pour but d'aider au pilotage régional du dispositif, d'orienter stratégiquement les

actions ou les approfondissements à mettre en œuvre pour améliorer l'accès et la participation au DO des personnes cible, ainsi que la qualité du dépistage. Ils doivent permettre de suivre la mise en œuvre au niveau régional de la politique nationale. Les travaux d'analyse des tableaux de bord de suivi du DOCS et du DOCCR (dont fidélisation) sont suivis par un groupe de travail régional réunissant des professionnels de santé et experts.

Travaux de géographie de la santé

La plateforme de « géodépistage » regroupe l'ARS, le laboratoire universitaire de géographie de la santé de Paris X Nanterre, ESPT, les 8 SG, les CPAM, l'URPS. Depuis 5 ans, 50 diagnostics infraterritoriaux (IRIS) très précis ont été produits. Les travaux de géodépistage apportent des éclairages fins dans certains territoires défavorisés (50 sites [IDH 2 < 0.50] en 5 ans) sur les freins et leviers à l'œuvre. Ils apportent aux décideurs (surtout élus des collectivités territoriales) des éléments les aidant à renforcer les pratiques vers les populations à l'écart des DO. A partir de la synthèse de ces travaux et d'une recherche bibliographique sur des actions probantes, des fiches actions seront rédigées et mise à disposition des opérateurs.

Ces données ont également permis de contribuer à la recherche action interventionnelle « DECLIC » sur le transfert de connaissances en matière de dépistage.

Par ailleurs, une réflexion porte sur l'aide au géocodage par les SG des populations cibles des DO, notamment vis-à-vis des quartiers Politique de la Ville. Ce géocodage permet d'établir des cartographies des recours aux dépistages à l'échelle infra territoriale (commune et pour 2 des 8 SGDO de la région, à l'échelle de l'IRIS) et ainsi d'aider au pilotage des actions. ***Il est à présent impossible de mesurer leur l'impact en termes de taux de participation départementale aux DO, au-delà de l'activité.***

Etude économique et organisationnelle sur le fonctionnement du DO (exploitation des données APPACHE)

L'analyse regroupée des données (tableau de bord DOCS, logiciel APACCHE, rapports d'activité, données SNIRAM et PMSI...) et partagée avec l'ensemble des partenaires, dans l'objectif d'améliorer l'efficacité du dispositif doit être approfondie.



PILOTAGE REGIONAL

Il est articulé autour d'un Comité régional des dépistages et d'une interface entre ARS, assurance maladie, et structures de gestion : le COREG dépistages et ses sous-groupes rassemblent tous les acteurs, des décideurs aux agents des SG et des Cpm. Ils ont permis d'avancer la réflexion sur les orientations à donner au dispositif, dans une optique de régionalisation, de fédérer et coordonner les acteurs. L'interface entre commanditaires de la politique publique (ARS et CPAM) et les opérateurs qui assument un rôle de délégataire de service public, initialement centrée sur les enjeux techniques des dépistages, interroge aujourd'hui les processus de mutualisation et d'amélioration de l'efficience.

ACTIVITE DES SGDO

Financements SGDO Cancers 2014 en Île-de-France :

2014	75 ADECA	77 ADC	78 ADMY	91 ADMC	92 ADK	93 CDC	94 ADOC	95 PSVO	Total
AM RG (CPAM)	349 999 €	647 733 €	638 688 €	345 768 €	518 566 €	488 581 €	545 514 €	321 216 €	3 856 065 €
Autres régimes (en attente)									0
ARSIF	420 530 €	732 398 €	704 591 €	407 172 €	652 090 €	547 327 €	837 383 €	363 918 €	4 665 409 €

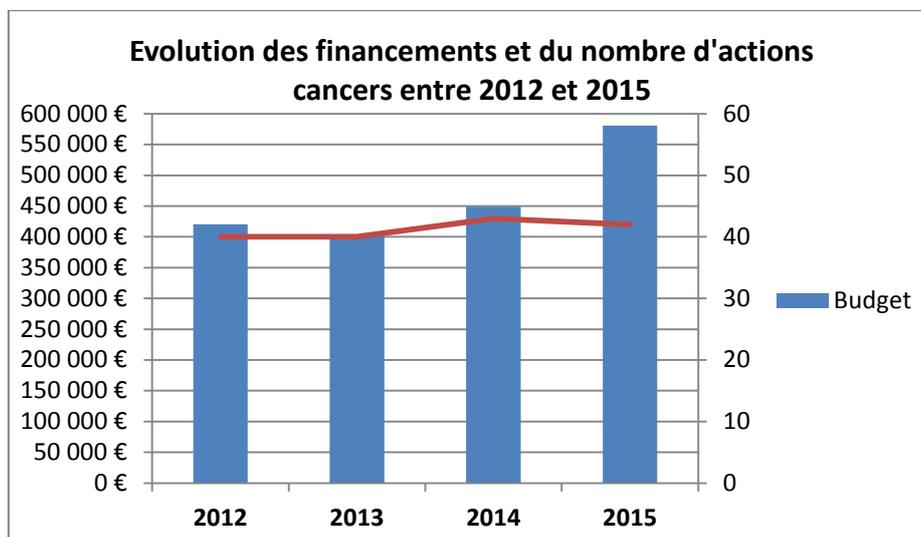
Six des huit SG ont dans leurs effectifs les « chargés de santé publique des SG » mènent des actions de terrain en partenariat avec les autres opérateurs des villes / quartiers/ASV, dont un pan de leur mission est celui de médiateur en santé vers certaines cibles. Les SGDO rencontrent et forment les médecins traitants.

SOUTIEN FINANCIER ET IMPULSION D' ACTIONS

Actions de prévention financées

Outre les structures de gestion, pivot du dispositif, des actions locales de sensibilisation et de promotion sont financées.

En 2015, environ la moitié des actions financées étaient des interventions de prévention collective, 22 % des actions de dépistage-repérage et 20% des actions globales de prévention. Presque 60% des actions sont portées par des promoteurs associatifs et le 40% restant par des collectivités.



Les actions visant les territoires défavorisés et les actions qualifiées de probantes ont été prioritaires.

L'implication des généralistes dans la démarche de prévention

L'implication du médecin traitant est variable selon le type de dépistage, assez faible pour le sein, plus présente pour le colorectal. La nature même du programme de DO et la place dévolue au médecin traitant pour le dépistage du cancer du sein qui est très limitée expliquent pour partie cette faible implication. Néanmoins, cette adhésion des médecins est également très inégale selon les acteurs et les territoires.

Des efforts synergiques avec l'assurance-maladie visent à renforcer cette implication, notamment via une collaboration renforcée avec la DCGDR. Ex : formation des « Délégués de l'Assurance Maladie »

Les objectifs sont également de mobiliser ces acteurs vers des actions de prévention de proximité en facilitant la lisibilité des dispositifs locaux ou régionaux et en améliorant la coordination des prises en charge pour mieux orienter les personnes vers différents intervenants (portail PAPS pour favoriser l'accès à l'information) . Mais la relation avec les libéraux reste limitée pour les acteurs des DO au-delà de la leur participation aux instances de pilotage.



INNOVATION

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU)

Une action expérimentale de DOCCU a été menée depuis 2010 dans 13 départements de France, dont le Val-de-Marne. Ce programme de dépistage organisé a été repris par l'ARS depuis 2014. ADOC 94 le poursuit dans le Val-de-Marne en attendant la généralisation à la France entière annoncée pour novembre 2017. Un dispositif régional, dont l'animation sera portée par ADOC 94 est prévue dès la fin 2016.

Le programme a d'ores et déjà permis de porter le taux de dépistage (DO et dépistage individuel) de 41 % en 2010 à 56,6 % en 2014. Il a également permis d'identifier des sites où les populations vulnérables sont plus nombreuses et les poches de sous dépistage du cancer dans le département et de mettre en place des actions spécifiques dans ces territoires :

- Financement du reste à charges pour favoriser l'accessibilité financière dans certains sites.
- Proposition d'un lieu de prélèvement du frottis et que ce prélèvement puisse être réalisé par un professionnel du CMS sans consultation médicale.
- Renforcement des actions de communication spécifique sur l'importance du suivi gynécologique, dont le frottis.
- Renforcement des liens avec les laboratoires d'anapathologie.

Dématérialisation des lectures de mammographies numériques

Un projet d'introduction de nouvelles technologies associant la radiologie numérique et la transmission dématérialisée des clichés pour seconde lecture à la Structure de Gestion des Dépistages Organisés est en cours depuis 2014, avec le SESAN en AMOA. L'ARS ÎLE-DE-FRANCE répond à un AAP national INCa en s'appuyant sur un consortium de 3 SG (78/93/94).

Ceci permettra au dispositif de DOCS de garantir une amélioration de sa qualité et d'apporter à ses acteurs, à commencer par les femmes, une plus-value du dispositif organisé et de maintenir son attractivité.

Soutien du déploiement de l'outil « Neonet-Île-de-France.com »

L'ARS soutient le déploiement de l'outil d'éligibilité au DO « Neonet-Île-de-France.com » pour renforcer l'accessibilité



LE CPOM ETAT-ARSIF 2010-2013

Le CPOM état-ARS ÎLE-DE-FRANCE contient des mesures d'amélioration de l'efficacité du système de santé, alliant qualité, accessibilité et performance économique, et qui ciblent la réduction des inégalités de santé. Les objectifs de taux de participation au DOCS sont fixés à 65 % et ceux du DOCCR à 50 % associés à une réduction de 10% des inégalités infrarégionales.

Analyse des freins et leviers

- Les programmes de DO sont conçus pour dépister toute la population cible et s'assurer que les personnes dépistées positives sont orientées vers une prise en charge adaptée, mais leur mission s'arrête là, et de ce fait il n'y a pas de travail collaboratif sur le devenir de ces personnes.
- Les établissements de santé s'engagent très peu dans le dispositif.
- L'implication des généralistes dans la démarche de prévention est difficile à mettre en œuvre, l'URPS médecin [commission prévention] n'intervenant plus depuis 2 ans. Seule l'assurance maladie a des liens avec les médecins.
- Les travaux de géolocalisation fine sont très peu réalisés par les SG par manque de compétence et de disponibilité des divers acteurs : seules 2 SG les mènent.
- Le manque d'éléments d'orientation forts émanant de l'INCa et de la DGS sont perçus comme un frein aux possibilités d'évolution des dispositifs.
- L'insuffisante mobilisation des professionnels impliqués dans les programmes rencontre des obstacles pour être surmontée, il faut renforcer les actions de communication visent les médecins généralistes afin qu'ils incitent leurs patients à pratiquer le test

A ces raisons s'ajoutent la persistance des débats/polémique autour de la pertinence et des bénéfices du dépistage du cancer du sein.

Quelle analyse des effets ?

Derniers résultats par campagnes de dépistage organisé :

	Indicateurs	Données 2012	Données 2013	Données 2014	Données 2015
Cancer du sein	Taux de participation en France	52,7%	51,4%	51,7%	51,3%
	Taux de participation en ÎLE-DE-FRANCE	39,8%	39,4%	39,8%	39,8%
	Taux de couverture dépistages cancer du sein [DO + DI]	X	71%	73 %	ND
	Indicateurs	Données 2011-2012	Données 2012-2013	Données 2013-2014	Données 2014-2015
Cancer colo-rectal	Taux de participation en France	31,7%	31,0%	29,8%	ND
	Taux de participation en Île-de-France	25,2 %	23,9%	22,7%	ND

Les résultats restent insuffisants au regard des objectifs affichés tant aux plans nationaux (Plan Cancer) que régionaux (CPOM Île-de-France : objectif 2015 : 52,7 %). On note de grandes disparités selon les territoires, allant du simple au double : en 2014, de 26,8 % [75] à 51,3 % [77] pour une moyenne régionale de 39,8%, vs national 51,7 %.

Chaque année, sur près de 300 000 femmes faisant un dépistage organisé en ÎLE-DE-FRANCE, 2 000 cancers du sein sont dépistés dont 2/3 de bon pronostic. Sur 300 000 dépistages organisés du cancer colorectal, près de 500 cancers et 1 300 polypes avancés sont diagnostiqués.

Efficacité du programme : tous les départements franciliens se situent au-dessus de la norme attendue, mais les variations départementales sont importantes: de 5,4‰ de cancers dépistés dans le 93 à 8,2‰ dans le 77. De même, la capacité à dépister des cancers de bon pronostic est également variable : il existe des marges de progrès sur la capacité collective à détecter des cancers de bon pronostic.

Qualité du programme : On retrouve également une variabilité départementale importante dans l'entrée dans la prise en charge : délais médians qui séparent le dépistage de la biopsie: moyenne 25 jours (17 à 35 jours) ; en revanche, cette variabilité est moindre pour les traitements : délais médians qui séparent la biopsie de l'accès aux traitements : 42 jours (36 à 49 jours).



On note donc des différences selon les territoires, mais aucun élément ne permet de rattacher ces différences à des inégalités sociales.

Les taux de participation aux DO sont relativement stationnaires depuis 2009 et l'atteinte de la valeur cible n'a pas été possible pour plusieurs raisons :

Pour le dépistage organisé du cancer du sein, la part importante du DI (Dépistage Individuel) sur l'ensemble de la région et notamment sur 2 départements (Paris et les Hauts-de-Seine) modifie l'analyse de la situation et interroge sur l'opportunité d'intégrer l'indicateur DI dans un pilotage régional. En effet, la couverture mammographique (DI +DO: 73%) de la région est élevée.

La difficulté d'atteindre les populations à l'écart des systèmes de santé en général est un constat renouvelé. Pour autant les taux de participation, à l'échelle départementale, ne seront pas beaucoup modifiés car l'effectif des populations restent minoritaires.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

Le cahier des charges national du dépistage organisé ne fixe pas d'objectif explicite de réduction des ISS, ni de ciblage de groupes sociaux en situation d'exclusion ou de précarité. Le principe d'un effort spécifique sur des territoires communaux en difficultés sociales (identifié en l'espèce à travers le FDEP) a simplement été évoqué par le Ministère lors des négociations du CPMO Etat/ARS de 2015.

Par ailleurs, l'analyse des données est rendue complexe, certains territoires très favorisés ayant des taux de DO bas en raison d'une pratique plus intense de dépistage individuel (DI).

La stratégie de réduction des écarts a donc été menée dans une logique plutôt empirique, en se basant sur :

- Le soutien à des associations relais dans les quartiers en Politique de la Ville.
- La mise en place de dispositifs ponctuels d'analyse en géographie de la santé.
- La délégation aux structures de gestion d'une démarche de priorisation de l'action sur les territoires en difficultés sociales.

Il n'est pas possible au terme de cette stratégie d'apprécier l'impact de ces mesures.

Perspectives

Enjeux émergents :

- DOCCU : Poursuite du programme du Val-de-Marne et préfiguration du dispositif régional à compter de 2016.
- Les vaccinations visant la prévention des cancers d'origine infectieuse doivent être développés et mises à disposition plus largement.
- Expérimentation de la dématérialisation des mammographies (projet avec 15 centres d'imagerie dans 3 territoires : les Yvelines-ADMY 78 ; la Seine-Saint-Denis – CDC 93, le Val-de-Marne – ADOC 94).
- Objectif d'analyser l'indice relatif de participation au dépistage organisé du cancer du sein de la population défavorisée par rapport à la population cible régionale en vue de la réduction des écarts.

Réorientations envisagées :

- Régionalisation et évolution du pilotage des dispositifs des DO (efficience, gouvernance) en lien avec l'INCA et L'Assurance Maladie : mutualisation des pratiques et des fonctions support, conventionnement tripartite, suivi budgétaire partagé, évaluation partagée ainsi qu'un accompagnement des innovations conjoint (exemple reprise des invitations par l'assurance maladie).
- Le système d'information en santé doit être renforcé et réactif dans un délai optimal.
- L'étude des nombreuses personnes qui restent à l'écart de tout dépistage doit progresser, de sorte que parmi ces personnes, une part exerce un choix vraiment éclairé et que la majorité des personnes accède aux services de santé sans être en risque de perte de chance.



⇒ *Préserver le capital de santé bucco-dentaire.*

La Santé bucco-dentaire

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Des collectivités territoriales très engagées sur la question du bucco-dentaire.*
- *Une grande diversité de promoteurs, mais une répartition géographique très inégale et des différences d'approche notables.*
- *Des actions de santé bucco-dentaire en direction des publics PH et PA hébergés en établissement.*
- *Une montée en charge des actions de santé globale en direction des populations précaires intégrant la santé bucco-dentaire.*
- *Des actions d'accompagnement vers le soin des plus précaires (PASS) à renforcer.*

Le contexte

Les pathologies bucco-dentaires, essentiellement les caries et les maladies parodontales, représentent un enjeu majeur de santé publique pour trois raisons : elles affectent une grande partie de la population, constituent un marqueur des inégalités sociales de santé et ont des répercussions majeures sur la santé générale.

Parmi les déterminants influant sur la santé bucco-dentaire, la teneur en sucre de l'alimentation et la qualité d'hygiène bucco-dentaire jouent un rôle prépondérant.

Les risques sont amplifiés pour certaines catégories de population : personnes âgées, handicapés, hospitalisés pour de longues durées, certains malades chroniques (cardiopathies, immunodépression, diabète, santé mentale...) et personnes vulnérables en termes socio-économiques en particulier les jeunes enfants.

La consommation de drogues, de certains médicaments, de tabac et d'alcool est aussi génératrice de caries et de maladies parodontales. Les déterminants de ces maladies sont autant les habitudes d'hygiène que les conditions sociales et l'environnement.

Différents indicateurs témoignent de ces inégalités²⁴ :

- **Chez l'enfant :**

Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de **santé bucco-dentaire**²⁵, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux. Observables dès la grande section de maternelle, les inégalités sociales perdurent en CM2 et en 3ème aussi bien pour la **fréquence des dents cariées** que **leur prise en charge**.

Selon la DREES, en maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie non soignée, contre 23 % des enfants d'ouvriers. Les enfants scolarisés en zones d'éducation prioritaire ont deux fois plus souvent au moins une carie non soignée. Cet effet est significatif en classe de grande section de maternelle et de CM2.

La moitié des enfants de CM2 déclarant boire des boissons sucrées tous les jours ont des caries (soignées ou non soignées), contre 30 % de ceux qui déclarent ne jamais en boire.

Toutes choses égales par ailleurs, l'état de la denture apparaît corrélé à l'hygiène de vie, et notamment à l'alimentation.

Pour la Seine-Saint-Denis, des données des bilans de santé à 4 ans pour environ la moitié des enfants scolarisés montrent que 8,7 % d'entre eux ont déjà une dent cariée non soignée et 3,8 % en ont 3 et plus (source service PMI 93-2013).

En présence de carie(s), le recours aux soins varie selon l'âge. **Il est faible à six ans, où seuls 6 % des enfants ont leurs dents cariées soignées** ; il augmente ensuite pour concerner 25 % des enfants en CM2 puis 35 % des adolescents de 3ème.

La faible prise en charge des plus jeunes suggère une méconnaissance de l'intérêt de soigner les dents temporaires et une offre démographique des chirurgiens-dentistes faible, notamment dans certains départements. A cela s'ajoute le fait que certains actes de prévention comme les vernis fluorés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

On observe une baisse de la densité des Chirurgiens-Dentistes depuis 10 ans. En 2012²⁶, les trois départements présentant la plus faible densité totale de chirurgiens-dentistes étaient la Seine-Saint-Denis (48/100 000), le Val d'Oise (48/100000) et la Seine-et-Marne (46/100 000) versus 73/100 000 pour l'Île-de-France (données 2012).

²⁴ DREES – Etudes et résultats 2013. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge.

²⁵ Selon les enquêtes menées par l'UFSBD, l'indice carieux à 12 ans (Cf. définition) est passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006.

²⁶ ORS : La santé observée en Seine-Saint-Denis

Même si le 93 dispose de nombreux centres de santé, ceux-ci ne peuvent pas compenser le déficit de chirurgiens-dentistes du département.

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
2003	Densité*	Densité	Densité
Salariés	9.8	8	4.9
Libéraux	42.0	76.2	62.9
Total	51.8	84.2	67.8
2012	densité	densité	densité
Salariés	13	10	6
Libéraux	35	63	57
Total	48	73	63

*Densité = Nombre de Chirurgiens-dentistes/ 100 000 habitants en 2003 et 2012 (DREES Insee-exploitation ORS Île-de-France)

Le tableau ci-dessous a été transmis par l'assurance maladie et porte sur le pourcentage de réalisation de l'examen bucco-dentaire remboursé (**M'TDENTS**) pour des bénéficiaires âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans (champ : régime général hors sections locales mutualistes. Source : DCIR).

Résultats 06/2013

Région	CPAM	Taux correspondant (en %)
Île-de-France	75	13,74%*
Île-de-France	77	33,60%
Île-de-France	78	29,73%
Île-de-France	91	31,94%
Île-de-France	92	25,04%
Île-de-France	93	21,75%
Île-de-France	94	28,51%
Île-de-France	95	28,07%



BILAN

Île-de-France	Total	26,06%
France métropolitaine	Total	32,6%
France entière	Total	32,2%

**Le faible taux dans le 75 était dû à l'existence d'un examen bucco-dentaire gratuit spécifique « Paris sourire ».*

- **Chez l'adulte :**

Le recours aux soins, mesuré par la consommation de soins dentaires, est fortement lié aux niveaux de revenu et de couverture par l'assurance maladie complémentaire. Le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires est significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire.

En 2012, en moyenne, France entière et tous âges confondus, plus de 41 % des adultes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste. Parmi eux, environ 6 % étaient à la CMUC : cette part représente près de 50 % des adultes couverts par la CMUC.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts de plus de 20 %, le taux moyen en Île-de-France se situant à 43,8 % et en PACA à 53,8 %.

France entière, le taux le plus faible, à **31%**, se situe dans la classe d'âge des **85 ans et plus**.

Ce que prévoyait le PRS

Cinq enjeux principaux :

1. **Faire de la santé bucco-dentaire un enjeu partagé par l'ensemble des acteurs**
2. **Avoir une approche globale en santé**
3. **Développer le rôle des chirurgiens-dentistes dans la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire**
4. **Décloisonner la prévention et le soin**
5. **Améliorer la coordination régionale des dispositifs**



Ce qui a été réalisé

FAIRE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE UN ENJEU PARTAGE PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS

- 2013 : Projet d'évolution des 3 labels ARCADE enfance et petite enfance et de création d'un label pour des actions en direction des personnes âgées en EHPAD

En 2012, 32 labels ARCADE enfance–petite enfance étaient en activité, au bénéfice de 25 promoteurs Franciliens. Conformément aux orientations du SRP, il a été décidé de faire évoluer les cahiers des charges des labels ARCADE.

Deux cahiers des charges ont ainsi été rédigés en 2013 dans le cadre d'un groupe de travail réunissant les acteurs de l'ÎLE-DE-FRANCE.

- *Un cahier des charges des actions en direction des 0-6 ans.*
- *Un cahier des charges d'intervention en EHPAD.*

Le cahier des charges d'intervention auprès des 0-6 ans prévoyait une *démarche active, allant vers les populations, la réalisation* d'un état des lieux des besoins et des ressources mobilisables, l'implication des parents et de l'entourage, **la mobilisation des professionnels non spécialistes du bucco-dentaire**, privilégiant les démarches communautaires portées par les pairs et les Projets partenariaux,

Le principe du cahier des charges d'intervention en EHPAD reposait sur la mise en place **d'un référent en santé orale** en mesure d'intégrer des missions d'hygiène et santé orale et une évaluation en santé orale effectuée à l'entrée de l'établissement, aboutissant à l'élaboration et au suivi d'un protocole d'hygiène personnalisé réévalué dans le temps.

Analyse des freins et leviers

Le projet de labellisation ARS a été arrêté en 2013 avant sa mise en œuvre opérationnelle. Ceci a représenté un véritable frein car de ce fait, le label ARCADE a pris fin en 2013 sans avoir pu être relayé par le label ARS.

Quelle analyse des effets ?

Ce projet a permis de réunir des acteurs régionaux dont des non spécialistes de la SBD (éducation nationale, médecins de PMI, Assurance maladie ...) autour de l'établissement de critères de qualité d'une action bucco-dentaire.



Ces critères ont pu être intégrés dans le guide d'intervention en santé publique dès **2013 et ont servi de base au projet hygiène et santé orale en EHPAD.**

DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE CADRE DE LA PROGRAMMATION EN SANTE PUBLIQUE.

L'ARS soutient des actions de prévention bucco-dentaires en direction des enfants et de leurs familles, des publics précaires et les personnes âgées et handicapées.

Caractéristiques des actions de prévention sur la thématique bucco-dentaire financées en 2014 et 2015 :

	2014	2015
Nombre d'actions Financées	35	31
Nombre de promoteurs	28	24
Répartition selon le promoteur	86% collectivités 11 % associations	71% collectivités 21% associations
Départements principalement ciblés	94, 93, 91,92	94,93
Total financement alloué	653 791€	630 500€

- **Les jeunes**

Dans le souci de s'inscrire dans la complémentarité avec le dispositif de recours aux soins gratuit de l'assurance maladie (M'Tdents) visant les jeunes de 6-18 ans, l'ARS cible particulièrement les plus jeunes (0-6 ans) et les femmes enceintes et privilégie la prévention primaire, dans l'objectif de réduire la prévalence carieuse des jeunes enfants (60% des actions financées en 2015).

Sont soutenus notamment des projets incluant la SBD dans des actions de Santé globale et de sensibilisation des assistantes maternelles et des professionnels de PMI.

L'ARS favorise également l'ancrage territorial des actions, en soutenant particulièrement les projets portés par les collectivités territoriales (notamment celles des conseils



départementaux du 93 et du 94), et des territoires porteurs d'un CLS et/ou en politique de la ville.

Le nombre élevé d'actions dans le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis s'explique par l'implantation sur ces territoires d'acteurs de la SBD comme les Missions bucco-dentaires des Conseils départementaux, les services odontologiques universitaires, la PASS bucco-dentaire d'Ivry/Seine et le réseau de prévention et d'accompagnement vers les soins des plus précaires porté par l'Aide Odontologique International.

Les actions couvrent tous les départements, avec des inégalités liées à l'implantation des acteurs BD locaux.

Les départements 91, 92, 77, 78 sont couverts par l'UFSBD, qui a établi des partenariats avec certaines Collectivités Territoriales comme Trappes et GRIGNY.

Les interventions de ce promoteur sont développées uniquement dans les établissements auprès des élèves. Certaines communes du 91 et 92 possèdent leur propre programme (Bagneux, Clichy, Fontenay-aux-Roses, Nanterre, Corbeil-Essonnes, Courcouronnes...)

Dans le 95, l'ARS soutient le programme de la ville de GONESSE en direction des jeunes et du CODES 95 (santé globale).

Paris est un peu à part car la ville dispose d'un programme de prévention bucco-dentaire porté par la CPAM.

Perspectives

Soutenir des actions en direction des familles dans les territoires 91, 92, 77, 78 et 95 : intégrer la SBD dans des actions de santé globale et développer des relais dans les messages de prévention par la formation/information de non-spécialistes de la SBD (médiateurs sociaux...).

Favoriser le développement sur les territoires les plus défavorisés d'actions de dépistage-accompagnement vers les soins pour les enfants touchés (polycaries, milieu social défavorisé). S'appuyer sur les bilans existants (4 ans, 5-6 ans).

- **Personnes âgées dépendantes et Personnes en situation de handicap**

Beaucoup d'actions et d'acteurs interviennent sur le territoire (Mutualité française, Apolline, Régies 95, Collectivités territoriales, Rhapsod'if, UFSBD, CG94).

Un acteur intervient au niveau régional, RHAPSOD'IF (1060 jeunes dépistés en 2015).



Un réseau de santé départemental APPOLLINE développe des actions sur le 91 en direction des EHPAD mais aussi des CLIC, SSIAD et MDPH.

De plus en plus d'acteurs intervenant sur les 2 publics (PA/PH) : Apolline, régies 95...

Des expérimentations pilotées par la DOSMS sont en cours pour des interventions en EHPAD sur le 77 le 95 (Des interventions en IME sont également prévues).

S'inscrire en complémentarité avec la Direction du médico-social et soutenir et renforcer l'opérateur RHAPSOD'IF en s'assurant de son articulation avec les autres opérateurs territoriaux

- **Publics précaires**

En direction des publics adultes précaires, la stratégie retenue par L'ARS Île-de-France a été de soutenir des actions de promotion de la santé comprenant un axe « dépistage-orientation-vers le soin » et « ouverture des droits ».

Par exemple : le bus social dentaire, la PASS bucco-dentaire d'IVRY et l'AOI (aide odontologique internationale).

L'AOI, en lien avec le service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix, porte un projet intéressant concernant un réseau d'aide à l'accès à la prévention et aux soins dentaires destiné à un public en situation de vulnérabilité.

ACTION EXPERIMENTALE DE FORMATION DES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL A LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE CADRE DU PROJET HYGIENE ET SANTE ORALE EN EHPAD.

Ce projet s'est inscrit en 2014 dans la continuité du programme de certification des professionnels **nutrition** mis en œuvre par la DOSMS depuis 2012. Il s'agissait d'un projet transversal DOSMS / santé publique.

L'enjeu de ce projet était d'inciter les EHPAD engagés dans la certification nutrition à s'inscrire dans une formation en santé bucco-dentaire, en vue de la mise en place de la fonction « référent hygiène et santé orale » dans leur établissement. La formation à la santé bucco-dentaire a concerné des professionnels de l'EHPAD tels que médecins coordonnateurs, les aides-soignants et auxiliaires de vie.

En tout, 33 EHPAD ont été concernés par cette expérimentation d'un format de 2 jours et demi, avec en moyenne, 10 professionnels formés par EHPAD, dont 2 référents hygiène et santé orale. Tous les départements ont été concernés.



Analyse des freins et leviers

On notera :

- Le manque d'accessibilité à une offre de soins adaptée aux personnes âgées dépendantes sur toute la région. L'intérêt d'une approche commune entre les différents « métiers » de l'Agence, cette transversalité de l'impulsion étant un enjeu fort dans l'approche de l'articulation dénutrition/bucco-dentaire. Mise en application du travail réalisé dans le cadre de la labellisation.
- Satisfaction des bénéficiaires (direction et personnels).
- Demande d'une formation plus longue (3 jours), la plupart des professionnels ciblés ont déclaré vouloir changer leurs pratiques en matière de prise en charge de l'hygiène des résidents.

Perspectives

Intégration pérenne de la santé bucco-dentaire au dispositif de certification nutrition.

DEVELOPPER LE ROLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE.

Cet enjeu n'a pas été vraiment développé.

Le rôle des assistantes dentaires a été renforcé par la législation, et le bilan buccodentaire gratuit de l'Assurance Maladie a été étendu aux femmes enceintes.

DECLOISONNER LA PREVENTION ET LE SOIN

De nouvelles exigences concernant les actions de dépistage ont été intégrées dans le guide du promoteur :

- ciblage sur les territoires les plus en difficulté.
- Suivi des soins pendant 4 mois et relance des parents avec réelle orientation vers les soins.
- Association à des actions d'éducation à la santé.
- Cibler les enfants autour des âges cibles de M'Tdents (CE2, CM1) pour s'appuyer sur ce dispositif gratuit.



Les actions menées en lien avec des structures en situation de proposer une offre d'orientation et de suivi ont été soutenues (par exemple : CMS d'IVRY sur seine, ville de Créteil en lien avec le service odontologiques de l'hôpital Chenevier...), dans le respect du libre choix des patients.

AMELIORER LA COORDINATION REGIONALE DES DISPOSITIFS

- Dialogues de gestion menés avec le réseau RHAPSOD'IF : un audit déclenché en 2016 par ce promoteur pour optimiser son organisation.
- Participation à des groupes de travail avec le Conseil Départemental du Val-de-Marne autour de projets innovants.

Analyse des freins et leviers

- Une absence de données épidémiologiques de routine d'où une difficulté pour cibler et évaluer les actions.
- Des dialogues de gestion distincts DOSMS–Santé publique pour certains promoteurs communs.
- Un seul promoteur régional qui rencontre des difficultés.
- Une inégalité de répartition des acteurs sur la région.
- Une offre de soins déficitaire dans certains territoires.
- Des actions innovantes telles que :
 - le réseau social dentaire.
 - la formation des infirmières de PMI au dépistage à 4 ans avec orientation vers une offre de soins pour optimiser le bilan des 4 ans effectué par les PMI en milieu scolaire dans le contexte favorable de la généralisation récente de ces examens sur le département. Objectif : augmenter le pourcentage d'enfants en bonne santé dentaire (indemnes ou soignés) à 6 ans. **Ciblage en ZEP**, soit un potentiel défini 5000 enfants de 4 ans touchés et leurs familles (sur les 14000 jeunes de 4 ans du Département).
 - Télé-dentisterie (en EHPAD ET IME).



Quelle prise en compte des ISTS ?

La prise en compte des ISTS s'est traduite par :

- La priorité donnée aux actions menées en direction des jeunes enfants (0-6 ans) et femmes enceintes sur des territoires en CLS et/ ou en politique de la ville (Q. en ZEP).
- Le soutien d'actions en direction d'adultes précaires favorisant "l'accès aux droits et aux soins" conduites par le bus social dentaire ; la PASS bucco-dentaire d'IVRY et l'aide odontologique internationale.

En 2015, Sur 29 actions financées, 27 étaient menées en territoire CLS.

Perspectives

Renforcer la place de la santé bucco-dentaire dans les actions de santé globale en direction des personnes précaires, notamment en lien avec la nutrition. Former des relais chez les non professionnels de la santé bucco-dentaire. Santé communautaire.

Soutenir l'accompagnement vers le soin des plus précaires (PASS)

S'articuler avec la direction du médico-social sur les publics PH et PA : porteurs communs
Soutenir les 2 départements phares en matière de Santé Bucco-Dentaire.

Renforcer l'articulation avec la Direction de l'offre de soins s'agissant de l'accès aux soins.

Améliorer l'articulation des actions soutenus par l'ARS avec le **dispositif M'tdents** et ses actions d'accompagnement.

Compte tenu de l'inégalité de l'offre sur les territoires, la question de l'accès aux soins, notamment des enfants les plus défavorisés, et des jeunes en situation de handicap est particulièrement importante pour assurer la continuité du parcours de santé bucco-dentaire.

Améliorer le ciblage des actions notamment dans les départements du 93 et 94.



⇒ *Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail.*

Santé au travail

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Signature d'une convention cadre ARS/ DIRECCTE en juin 2014 qui a posé en huit axes les objectifs de l'Agence en matière de santé au travail.*

Le contexte

L'entreprise est un lieu privilégié pour informer les populations adultes sur les comportements favorables à la santé.

Les ARS sont chargées de mettre en place au niveau régional la politique de santé publique en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail. L'Agence participe également au Comité régional de Prévention des Risques Professionnels d'Île-de-France (CRPRP), instance consultative compétente dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail et animée par la DIRECCTE. Elle est partie prenante dans l'élaboration du Plan Régional Santé au Travail qui fixe les actions et les moyens en matière d'amélioration des conditions de travail et constitue le programme de prévention des risques lié au travail du plan régional de santé publique.

Les deux grandes fédérations franciliennes de services interprofessionnels de santé au travail (SIST ÎLE-DE-FRANCE et ACMS) étaient favorables à une démarche de santé publique en accord avec l'esprit de la réforme de santé au travail de 2011. La DIRECCTE, les représentants des employeurs et la CRAMIF, restaient à convaincre pour engager les services franciliens de santé en entreprises dans une politique de santé publique et notamment de prévention et de promotion de la santé

Ce positionnement pouvait s'expliquer par la crainte d'ajouter de nouveaux objectifs autres que la prévention des risques professionnels aux services de santé en entreprises dans un contexte de pénurie de médecins du travail (y compris à la DIRECCTE) et de réorganisation des services de santé au travail : regroupement des services interprofessionnels de santé au travail (passés de 32 à 26) et réforme de la santé au travail (2011) évoluant vers des équipes pluridisciplinaires et la mise en place de Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour les services interprofessionnels de santé au travail (SIST).



Ce que prévoyait le PRS

Objectifs définis dans le schéma régional de prévention :

- Réduire les Inégalités sociales et territoriales de santé (3.1.1.1 : la coordination régionale entre institutions et l'articulation avec les autres plans régionaux) : il s'agissait de favoriser la mise en place de cadres coopératifs institutionnalisés via la signature de convention-cadre, aider à la déclinaison territoriale des orientations nationales et régionales, accompagner les services de santé au travail notamment dans la mise en œuvre d'actions de sensibilisation sur des thèmes de santé et de bien-être des salariés.
- Poursuivre des actions partenariales répondant aux besoins des franciliens (3.6.6 : Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail). Il s'agissait de :
 - Favoriser une approche intégrative, globale, prenant en compte les composantes individuelles (hygiène de vie) et les composantes environnementales.
 - Engager des partenariats avec toutes les parties prenantes de la santé en entreprise afin de construire un programme régional autour du concept de santé globale en entreprise en articulation avec les autres plans (plan santé travail, plan santé environnement) et les différents plans de santé publique (cancer, nutrition) comportant un volet action en entreprise.
 - Proposer des actions au bénéfice des salariés les moins bien protégés des très petites, petites et moyennes entreprises pour ne pas encore aggraver les inégalités sociales de santé.

LA COORDINATION REGIONALE ENTRE INSTITUTIONS

Ce qui a été réalisé :

L'enjeu premier de ce PRS 2013-2017 a été de créer des liens entre l'ARS et les différents acteurs de la santé au travail : DIRECCTE, CRAMIF, ARACT, entreprises, complémentaires santé....

Cette concertation a abouti, en juin 2014, à la signature **d'une convention cadre entre l'ARS et la DIRECCTE** qui a posé en huit axes les objectifs de l'Agence en matière de santé au travail :

Axe 1 : Favoriser des échanges réguliers sur les Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclus entre les SIST, la DIRECCTE et les organismes de sécurité sociale.



Axe 2 : Améliorer l'évaluation et la prévention des risques professionnels dans les établissements de santé franciliens volontaires et les établissements médico-sociaux (DOSM).

Axe 3 : Agir en faveur des salariés dans une logique de parcours intégrant la promotion de la santé (Direction de la Santé Publique- Pôle Prévention et Promotion de la Santé).

Axe 4 : Renforcer les effectifs médicaux des services de santé au travail (SST) et promouvoir la démarche d'éducation à la santé dans les entreprises.

Axe 5 : Contribuer à l'intégration et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de vulnérabilité en favorisant notamment l'inscription des travaux dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Axe 6 : Renforcer les travaux et les échanges sur la veille, l'alerte et la gestion des risques sanitaires entre l'ARS et la DIRECCTE (DSP : CIRE, VSS).

Axe 7 : Contribuer à la qualité et au développement de l'emploi sur le secteur sanitaire et médico-social et notamment à l'effort de solidarité en faveur de l'emploi des jeunes (DOSM).

Axe 8 : Renforcer les travaux de communication.

Un pré-bilan de la convention cadre qui se termine en 2016 a été effectué. Il met en exergue axe par axe les réalisations concrètes.

Quelle analyse des effets ?

Le partenariat avec la DIRECCTE continue de s'intensifier par la participation active aux différentes instances qu'elle pilote. La DIRECCTE a, quant à elle, participé plus activement à la CCPP organisée par l'ARS.

On note au sein de l'agence la mise en place d'une coordination de la déclinaison des actions inscrites dans la convention cadre ARS/DIRECCTE par l'organisation de la transversalité et la cohérence des actions sur la thématique santé et vie professionnelle.

Cette démarche a, entre autre, permis la mise en place d'un Groupe d'Alerte Santé au Travail (GAST) qui permettra de baliser le parcours des signaux et la collaboration entre l'ARS et la Direccte ainsi que les Centres de Ressources Maladies Professionnelles (CRMP).

Dans chaque région, le GAST a pour mission d'assurer le traitement des signalements d'événements de santé inhabituels en milieu professionnel. Il s'agit de valider et d'évaluer



les signalements d'événements de santé inhabituels en milieu professionnel. La coordination du groupe est assurée par la Cire.

Quelle prise en compte des ISTS ?

La réduction des ISTS est un objectif majeur de l'axe 5 de la convention cadre.

Par exemple les actions de prévention des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACTION) ont aussi un objectif de maintien dans l'emploi. Les SIST ont dans leur CPOM un volet sur la prévention de la désinsertion professionnelle, un travail est à mettre en place avec eux notamment dans l'accompagnement des CPOM. Des actions en direction des jeunes en insertion sont également portées par la Direction de la Santé Publique de l'ARS.

On la retrouve également dans l'axe 3 en lien avec l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et la loi de santé sur la prescription d'activité Physique Adaptée en direction des personnes vivant avec une maladie chronique (article 144), l'ARS travaille à un partenariat avec les organismes complémentaires de groupe et la DRJSCS. L'approche se fait par la prévention des maladies cardiovasculaires et métaboliques via des actions Nutrition (Alimentation/Activité-Physique/Obésité). Les publics cibles sont les professionnels des établissements de santé et les actifs vivant avec une maladie chronique.

Enfin, dans le cadre de l'axe 7, la DOSM identifie les établissements susceptibles d'accueillir des emplois d'avenir. Depuis 2013, il existe une mobilisation de l'ARS pour développer les emplois d'avenir des jeunes de 16 à 25 ans dans le secteur médico-social afin de les inscrire dans un parcours de professionnalisation et garantir la qualité de l'encadrement et de l'accompagnement vers un emploi pérenne non aidé.

Coût pour l'ARS Île-de-France d'un emploi d'avenir dans le secteur non marchand : 6 408 € par an soit 19 200 € pour 3 ans.

Ces crédits financent au total 1 819 emplois d'avenir dont 1 245 dans des établissements médico sociaux.

Analyse des freins et leviers

Principal levier : en 2014, l'ARS a dédié un temps salarié à la santé au travail (poste de responsable de projet « Santé en Entreprise »). A partir de janvier 2015 cela s'est concrétisé par l'élaboration d'un projet régional de promotion de la santé durant la vie professionnelle, l'instruction des chartes PNNS, la participation aux Comités Régionaux de Prévention des



Risques Professionnels (CRPRP) et au groupe de travail sur la déclinaison régional du Plan National de Santé au Travail (pilotés par la DIRECCTE), la coordination interne de la déclinaison de la convention cadre ARS/DIRECCTE (organiser la transversalité sur la thématique santé et vie professionnelle au sein de l'Agence).

Le frein principal porte sur la construction d'un partenariat conventionnel avec les acteurs de la santé en entreprise en région : le souhait de l'Agence d'être représentée auprès des entreprises publiques et /ou privées partenaires du domaine n'a pu être mise en œuvre.

ASSURER LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE DANS LE MONDE DU TRAVAIL

Ce qui a été réalisé

- La charte « établissement actif du PNNS » :

L'instruction du 19 janvier 2012 relative à la mise en œuvre par les ARS de l'action 33 du Plan National Nutrition Santé 2011-2015 donnait la possibilité aux entreprises et établissements publics et privés de signer **une charte « établissement actif du PNNS »** valorisant la prise en compte de la santé globale des salariés par les entreprises. Huit chartes ont été signées entre 2013 et fin 2014 : la moitié des entreprises relevaient de l'agro-alimentaire et 50% avaient des effectifs de plus de 300 salariés (majoritairement des cadres). L'instruction des demandes entre 2013 et 2015 a donné lieu à un accompagnement des opérateurs par l'ARS : valorisation des actions existantes, soutien à la mise en place d'un comité de pilotage, à la prise en compte de la demande des salariés, à l'élargissement des actions sur les autres sites de l'entreprise.

La qualité des actions mises en place par les entreprises a permis à l'ARS de mutualiser les expériences afin que les projets tendent vers le même niveau d'exigence et avoir ainsi une cohérence sur le territoire. Le partage d'expériences a été très bénéfique aux porteurs de projet dans l'accompagnement réalisé dans le cadre de l'instruction des chartes.

En 2015, il a été engagé des travaux de simplification de la procédure d'instruction, de modélisation de l'accompagnement des entreprises en suivant les recommandations du label québécois « Entreprises en Santé » et d'analyse des actions, dans le contexte de la première évaluation annuelle des chartes. Les sept domaines de la charte PNNS (offre alimentaire et d'activité physique, information/éducation à la santé, formation, soutien à la participation à la recherche, dépistage, facilitation à la prise en charge des pathologies liées à la nutrition) favorisent l'intégration par l'entreprise de la prise en compte de la santé globale de ses salariés et sont un levier dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. De plus l'approche Nutritionnelle, de par les nombreux domaines qu'elle aborde (de la



mobilité active à la gestion du stress), permet aux entreprises de se familiariser à une approche globale de la santé qui dépasse le risque professionnel et permet la collaboration autour du projet santé de l'entreprise de ses différents acteurs (employeur, salariés, médecine du travail, ...) et d'acteurs de promotion de la santé.

Cependant, en avril 2015 l'ARS, en lien avec la réorientation du projet « Santé en Entreprise », a décidé de cesser l'instruction des demandes de chartes. En effet, le choix a été fait de ne plus intervenir directement au sein des entreprises mais de **développer le partenariat avec les complémentaires Santé et les Fonds de prévoyance sur la thématique Nutrition**, dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI), qui permettra de promouvoir la nutrition auprès des salariés.

L'aide à la mise en place d'actions :

Le programme « santé des actifs », de la Mutualité Française ÎLE-DE-FRANCE cofinancé par l'ARS, a été orienté dans le cadre de l'ANI vers la création d'un guide d'accompagnement des mutuelles adhérentes et des entreprises à la mise en place d'un projet santé **Nutrition** en direction des salariés (CPOM 3 ans : 67 300€).

Les actions en direction des salariés des établissements de santé et médico-sociaux (Pôle RH en Santé, DOSM) ont été poursuivies et renforcées (CLACT, formations RPS/TMS, projets innovant Qualité de Vie au Travail en établissements de santé...) en partenariat avec la CRAMIF, l'ARACT et la DIRECCTE. Ce public était un public cible du Plan Régional de Santé au Travail 2.

Perspectives

- **Poursuivre la démarche entamée dans le PRS 1 consistant à faire évoluer les représentations sur la place de la santé globale durant la vie professionnelle et lutter contre les ISTS :**

L'enjeu sera d'une part de **conforter le milieu professionnel comme lieu de promotion de la santé** et d'autre part, **de montrer aux entreprises de la région** (particulièrement les établissements de santé et médico-sociaux de la région, nos partenaires de la santé au travail et du monde de la santé) **l'intérêt et la rentabilité de l'investissement** dans l'amélioration de la santé des actifs en termes d'augmentation de la productivité, de baisse de l'absentéisme et d'amélioration de l'image de marque...

L'objectif premier sera de faire évoluer les représentations, encore essentiellement centrées sur le « risque professionnel », **au concept de « Santé et Qualité de Vie au Travail »**. Il s'agira ainsi d'élargir le champ d'intervention de la santé en entreprise vers la



promotion de la santé qui inclut les pratiques organisationnelles (organisation du travail, techniques managériales, environnement de travail...) afin d'améliorer la qualité de vie au travail des franciliens en s'inspirant de la norme québécoise « Entreprise en Santé », déclinée en France par l'AFNOR sous l'appellation « Santé et Qualité de Vie au Travail » (SQVT).

Le développement d'une telle approche demande d'être en capacité de mesurer le poids du déterminant travail sur l'état de santé global de la population. Cela suppose de prendre en compte l'ensemble du parcours professionnel de la personne ce que la précarisation de l'emploi rend de plus en plus complexe.

Elle nécessite surtout de trouver **des solutions innovantes** pour proposer des actions au bénéfice des salariés les moins bien protégés des très petites, petites et moyennes entreprises pour ne pas aggraver les inégalités sociales en santé.

L'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement des salariés, les conséquences de la pénibilité physique et mentale sur nombre de pathologies, l'insertion des personnes handicapées, la prévention des violences faites aux femmes (harcèlement sexuel, agressions sexuelles, ...), la réinsertion des personnes sans emploi sont des enjeux de Santé Publique qui sont pris en compte dans le plan d'actions pour lutter contre le chômage de longue durée, présenté en février 2015. Il prévoit une mission, confiée à l'IGAS, sur la prise en compte des problématiques de santé dans l'accompagnement des demandeurs d'emploi.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) ne règlera pas la question des inégalités d'accès à la complémentaire santé. Le problème de l'accès aux soins se posera encore particulièrement pour les jeunes en difficulté d'insertion, les chômeurs de longue durée (>1 an) et les retraités qui ne sont pas concernés cet accord. L'ARS devra tenir compte de ces actifs dans son plan d'action afin de réduire les ISTS notamment en lien avec les parcours professionnels (précarisation / santé).

- **Poursuivre le développement des partenariats avec les acteurs de la santé au travail**
- **Utiliser les leviers offerts par le Plan National de Santé au Travail 3 (2016-2020) et la complémentaire santé de groupe.**
- Le PNST 3 prévoit des articulations avec des plans de santé publique comme le plan Cancer, le plan national santé environnement et la stratégie nationale de santé. Il devrait ainsi reprendre et structurer l'approche par expérimentations énoncée par le plan Cancer s'agissant de la prévention de la désinsertion professionnelle, écrivent ses initiateurs. Il est dès lors prévu d'organiser un pilotage de projet au niveau national, de retenir quelques



régions candidates pour expérimenter des modalités opérationnelles puis, après analyse, de généraliser les acquis issus de ces expérimentations.

La complémentaire santé de groupe rendue obligatoire est une opportunité d'un accès au plus grand nombre de salariés à des actions de prévention et promotion de la santé. Les actions de promotion de la santé auprès des actifs seront développées par le biais des organismes complémentaires de groupe et les instituts de prévoyance sur les thématiques Nutrition et Obésité : prévention des maladies cardiovasculaires et métaboliques, accompagnement des actifs vivant avec une maladie chronique dans une approche par branche professionnelle et en ciblant les populations actives les plus vulnérables et fragiles.

Réorientations envisagées

- **Mieux articuler le parcours de santé des personnes vivant avec une maladie chronique**

Concernant cette population, il reste à trouver une articulation dans les **parcours de santé** entre le médecin traitant, le médecin spécialiste, les services de santé au travail, les médecins conseils, les commissions d'experts, les travailleurs sociaux, les services spécialisés de l'emploi...

- **Améliorer la visibilité et la cohérence d'ensemble de la démarche**



⇒ *Renforcer la prévention et fluidifier le parcours de santé.*

Le projet diabète

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Réalisation d'un état des lieux.*
- *Mise en place d'expérimentations sur les territoires et perspective de modélisation du parcours.*
- *Le lien avec d'autres projets de l'ARS : Grand Paris, Rémi, Terris@nté, ETP et CLS. Etc.*
- *Développement d'une dynamique au niveau des délégations départementales autour de la prévention et promotion de la santé et de la coordination du parcours entre la ville et l'hôpital.*
- *Les partenariats constructifs avec les acteurs : de l'ambulatoire, de l'hospitalier, des réseaux, des associations de patients et des institutionnels.*

Le contexte

En France, 3 millions de personnes sont diabétiques. La prévalence du diabète non diagnostiqué est estimée à 1%, et le diabète non traité à 0,6%²⁷. Dans 92% des cas le diabète est de type 2.

En Île-de-France, le diabète est la 1ère pathologie chronique, avec près de 400 000 personnes touchés et 200 000 personnes non diagnostiquées et/ou diagnostiquées mais non traitées.

80 % des personnes diabétiques bénéficient du régime des ALD : en 2012, sur le plan régional, le nombre de **nouveaux cas d'ALD** pour diabète de type 2, était de **35 390** et le **nombre total d'ALD** était de **388 682**.

Les inégalités territoriales et socio-économiques affectent l'efficacité des soins chez les diabétiques et doivent conduire à mettre en place les actions de prévention et des parcours de soins efficaces afin de réduire ces complications : ainsi, en Île-de-France, la prévalence du diabète de type 2 est globalement inférieure à la prévalence nationale MAIS elle lui est supérieure dans 3 départements : la Seine-Saint-Denis, le Val d'Oise, la Seine-et-Marne ;

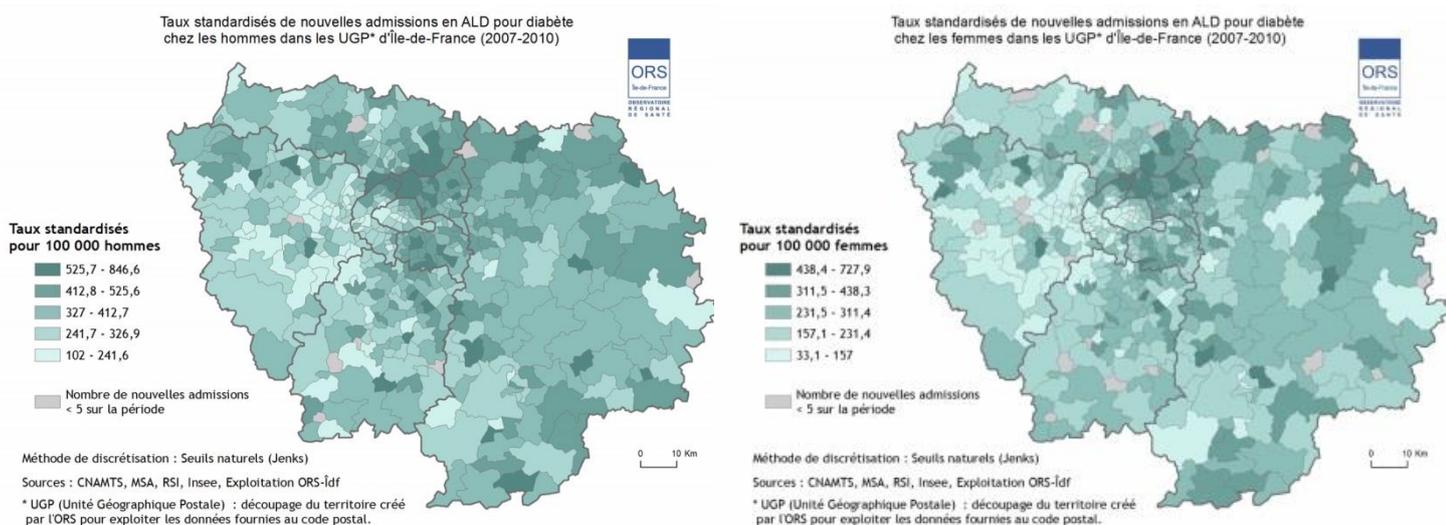
²⁷ Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire; 2010 nov p. 12.

dans ces départements, elle est associée à une offre de soins déficitaire. Il s'agit de territoires infra départementaux fragiles sur le plan socio-économiques ($IdH2 \leq 0,52$).

On peut aussi souligner les spécificités de la prévalence de l'obésité chez l'adulte qui est socialement déterminé²⁸ : la prévalence en Île-de-France est de 14,4 % avec un gradient plus important dans les zones défavorisées : 20% en Seine-Saint-Denis.

La réduction des complications²⁹ du diabète passe par le dépistage précoce du diabète mais aussi par la mise en place d'actions de prévention et par la prise en charge des facteurs de risques associés ; surpoids, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme et sédentarité.

Le diabète gestationnel en Île-de-France: **16 000 femmes sont touchées** et représentent environ 1/5 des diabètes gestationnels de la France. 30 % des femmes ayant eu un diabète gestationnel déclareront un diabète dans les 10 années suivantes. L'annexe 1 donne les principaux éléments concernant le diabète gestationnel en Seine-Saint-Denis.



Ce que prévoyait le PRS

Le PRS ne prévoyait pas de mesure spécifique en matière de diabète : l'ensemble des principes d'actions (réduction des ISS, parcours de santé, mobilisation des professionnels, etc...) était naturellement applicable à ce champ, mais aucun objectif spécifique n'était énoncé.

²⁸ Inserm, Kantar Health, Roche. Enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité - ObÉpi 2012. http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete_obepi_2012/obepi_2012.pdf

²⁹ BEH N° 34-35 | 10 novembre 2015 : Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France



Cependant, l'Agence a mis en place, depuis juillet 2014, un projet régional sur le diabète de type 2 visant à fluidifier les parcours, à la réduction des inégalités sociales et territoriales en lien avec les partenaires des territoires cibles³⁰.

L'importance de ce projet justifie d'en rendre compte dans le bilan du PRS

Ce projet régional diabète s'attache d'une part à renforcer la **prévention** par des actions sur les comportements favorables à la santé : alimentation équilibrée, accroissement de l'activité physique, réduction des activités sédentaires et d'autre part à **fluidifier le parcours de santé** notamment aux points de ruptures identifiés : repérage et dépistage précoce du diabète (la durée entre l'apparition du diabète de type 2 et son diagnostic est estimé à 7-10 ans), accroissement de l'accès au dépistage des complications (pour le dépistage de la rétinopathie diabétique accessible au traitement si diagnostiqué), renforcement de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et amélioration de la coordination ville-hôpital afin d'éviter entre autres les complications graves avec un retentissement important pour le patient (amputation, infarctus, Insuffisance rénale....) et les ré hospitalisations, deux situations ayant un coût économique non négligeable.

5 axes prioritaires ont été définis :

1-Intensifier la prévention primaire

2-Améliorer le dépistage précoce du diabète

3-Améliorer l'accès au dépistage par télémédecine de complication évitable

4-Améliorer le recours à l'éducation thérapeutique en ambulatoire en développant les programmes d'ETP en ville

5-Fluidifier le parcours de santé en agissant sur les points de rupture du trajet de soins

Le projet a bénéficié pour la mise en œuvre des actions sur le parcours du patient diabétique d'un budget FIR DSP en 2015 et 2016 (hors budget guide du promoteur) à hauteur respectivement de 66.479 € (réalisé) et de 134.000 € sollicités. (cf. annexe)

³⁰ Étude sur le diabète en Seine-et-Marne, Seine Saint-Denis et dans le Val d'Oise » ARS Ile de France - septembre 2015- ISBN : 978-2-36950-047-6
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Projet-prioritaire-Diabete-E.184736.0.html>

Ce qui a été réalisé

L'étude sur le diabète a permis de délimiter les territoires où le diabète est particulièrement présent: les cantons Nord de la Seine-Saint-Denis, le Sud et l'arc Est de la Seine-et-Marne ainsi que Meaux, et le Sud-Est du Val d'Oise, la zone Nord de Beaumont et plus centrale de Cergy. Ce sont ces infra territoires qui ont été ciblés dans le projet régional diabète type 2 pour contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

Toutefois des actions sont menées sur d'autres départements soit à travers des actions régionales territorialisées comme la campagne régionale de co-dépistage du diabète et de la maladie rénale, comme le dépistage de la rétinopathie diabétique par télémedecine soit portées directement par les délégations territoriales. A titre d'exemple sur le 92, a été mis en place le « Plan Local Nutrition » de Bagneux (92) : sensibilisation en milieu scolaire, amélioration du contenu de la restauration scolaire, promotion de l'équilibre alimentaire pour les personnes en insertion (FJT), amélioration du contenu nutritionnel de l'aide alimentaire, accompagnement diététique et psychologique, offre d'activité physique adaptée.

1-INTENSIFIER LA PREVENTION PRIMAIRE

Accentuer les actions de lutte contre le surpoids, l'obésité et la sédentarité et de promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée (PNNS) chez les jeunes et les adultes (guide du promoteur) notamment sur les territoires les plus impactés ($IdH2 < 0,52$, forte prévalence du diabète et de l'obésité).

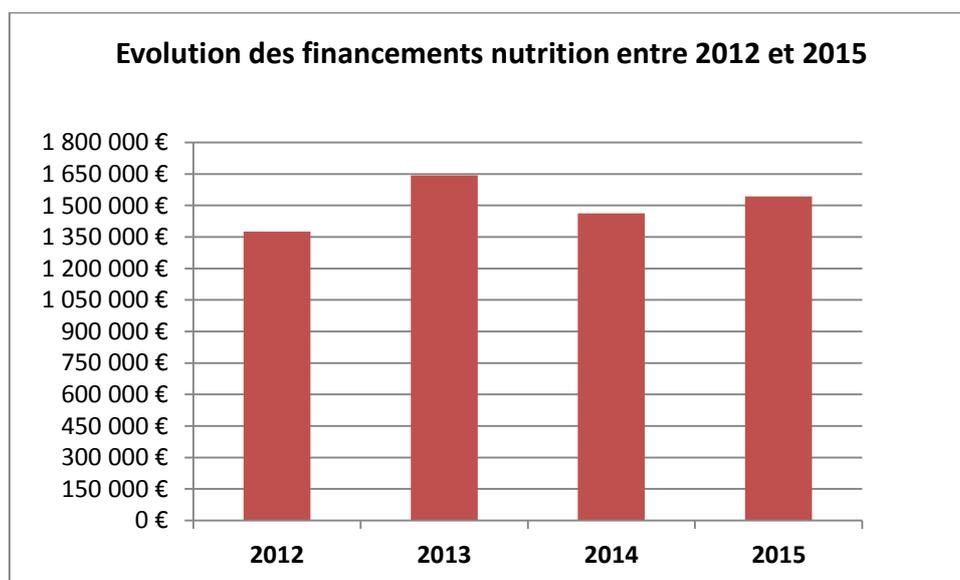
- Appel à projet annuel 2015 : il a permis d'étendre des actions notamment d'activité physique (APS) qui ont fait leur preuve sur les territoires cibles du projet diabète en prenant en compte les spécificités culturelles et de représentation (ex : le défi forme santé dans le 93, le projet ICAPS à Clichy-Sous-Bois).

Nombre d'actions sur la fiche nutrition (alimentation-APS) y compris lutte contre l'obésité en 2015 : 113 actions à hauteur de 1.543.000 €, principalement mise en œuvre par des collectivités territoriales (45% versus 69% en 2014) et des associations (51% versus 31% en 2014).

Les publics cibles : particulièrement les familles en situation de précarité et de vulnérabilité sociale (33%) et les personnes obèses ou diabétiques (18%).

Les modalités d'interventions : 68 % de prévention collective, 18 % d'actions globales de prévention, 9% d'actions d'accompagnement-orientation.

De façon plus large, le nombre d'actions avec au moins un axe nutrition à travers les différentes fiches/ thématiques de l'AAP (périnatalité, cancer, santé mentale, perte d'autonomie, population en difficulté, population handicapée, jeunes, nutrition) représentent 202 actions avec un axe nutrition financées en 2015 à hauteur de 3 059 300 €.

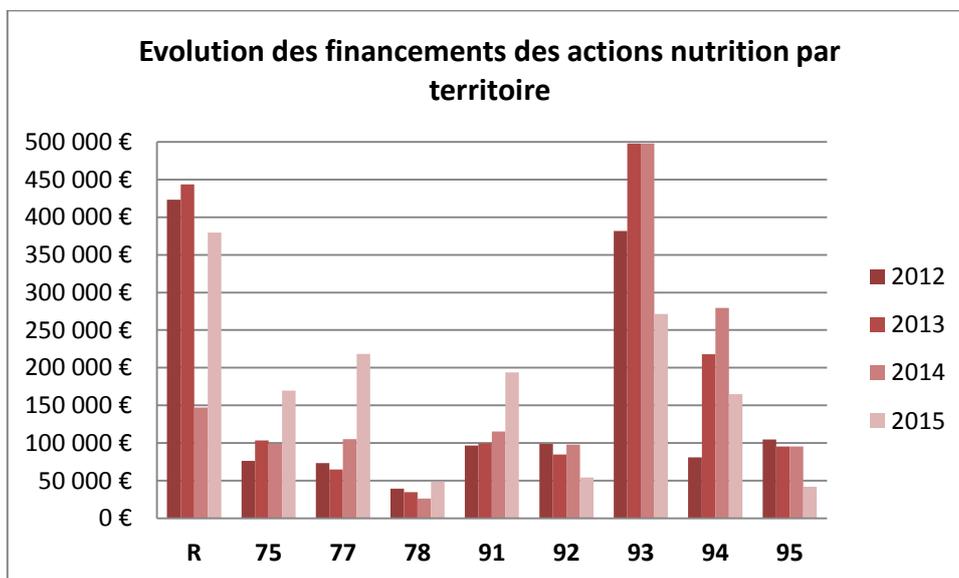


Stratégie de renforcement de la dynamique locale des DT sur les 3 départements cibles :

DD 93 : sur l'axe activité physique (sport santé) : organisation de rencontres départementales des acteurs sport santé dans le 93, sur l'axe « alimentation » avec l'animation par la DT 93 d'un réseau de diététiciennes de centres municipaux de santé (17 villes concernées), promotion d'actions visant à la réduction des ISTS et ayant été évaluées : Défi forme santé, le projet ICAPS de Clichy-Sous-Bois.

DD 95 : rencontre des acteurs des 4 infra territoires sur le 95 (Magny, l'Est du VO, Argenteuil et Beaumont sur Oise) afin de définir les priorités d'action notamment autour de la prévention, soutien sur deux projets : Bien manger, bien bouger à Argenteuil et ateliers d'éducation nutritionnelle auprès des adultes dans le cadre des ateliers socio linguistiques (lutte contre les ISTS).

DD 77 : soutien du projet ICAPS à Nemours porté par le CLS et centré sur l'activité physique.



Il faut toutefois rester prudent dans l'interprétation de ces données car les actions régionales mises en œuvre sur plusieurs départements (de 2 à 8) et non reventilées peuvent lisser certains écarts.

2-AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DU DIABÈTE

- Mise en place d'une campagne régionale de co-dépistage du diabète, de l'insuffisance rénale et de l'HTA et repérage de l'obésité dans des établissements ou structures de santé volontaires. Action coordonnée avec les réseaux de santé diabète et Insuffisance rénale et les associations de patients FNAIR et AFD.

Résultats : 5948 franciliens ont bénéficié de ce dépistage rapide, anonyme et gratuit en mars et juin 2015 ; 1,5% des personnes (non connues diabétiques) avait une glycémie capillaire supérieure à 2 gr/l donc fortement en faveur d'un diabète et 3,7 % des personnes dépistées présentaient une protéinurie supérieure à 1gr/l non connue, faisant craindre une atteinte rénale. Pour l'obésité, 18,2% avait un IMC supérieur à 30 kg/m², sans être suivie pour cette pathologie. Des facteurs d'inégalités sociales ont été retrouvés dans l'analyse des résultats. (Cf. annexe)

	Global	75	77	78	91	92	93	94	95
Effectif	5948	751	393	727	632	512	826	751	843
IMC > 30kg/m²	18,2%	16,5%	16,2%	16,8%	17,3%	19,8%	24,5%	17,2%	16,7%
Glycémie > 2g/l	1,5%	1,4%	2%	1,3%	0,8%	1%	2,1%	2,2%	1,1%
Protéinurie >1g/l	3,7%	2,3%	1,9%	2,7%	2,9%	4,8%	5,5%	3,6%	5,6%



Toutes ces personnes dépistées, présentant une ou des anomalies, ont été orientées vers leur médecin traitant pour diagnostic et prise en charge (retour de 20% des coupons T).

Renouvellement de la campagne de co-dépistage en 2016 avec une augmentation envisagée de 20% de structures participantes.

Ces dépistages régionaux ont concernées des personnes en situation de vulnérabilité avec 4,8% de personnes bénéficiant de la CMU/AME et 1% de personnes sans couverture sociale.

(En 2015, ce sont surtout les établissements de santé qui avaient été sollicités pour participer au co-dépistage, ce qui explique le taux relativement faible de populations vulnérables. En 2016, ce taux devrait augmenter avec l'implication des CMS).

Analyse des effets induits: prise en compte par les professionnels de santé de l'importance de dépister des pathologies associés (expression des professionnels de santé lors de la restitution du bilan 2015 le 3 novembre 2015), amplification du nombre de personnes dépistées et de la sensibilisation aux thématiques (presque 6 000 franciliens informés et /ou sensibilisés), renforcement du travail partenarial entre les établissements et structures de santé avec les réseaux de santé qui ont assurés la coordination des journées de dépistage sur leur territoire et avec les associations de patients lors des rencontres préparatoires.

3-AMELIORER L'ACCES AU DEPISTAGE PAR TELEMEDECINE DE COMPLICATION EVITABLE AU REGARD DE LA DEMOGRAPHIE DEFICITAIRE EN OPHTALMOLOGIE

- Dépistage de la rétinopathie diabétique dans le dispositif OPHDIAT (7 ophtalmologues lecteurs- 31 structures de dépistages en Île-de-France) : 14 520 personnes ont bénéficié du dépistage en 2014 dont 28% ont étaient orientés vers un ophtalmologiste. Sur l'ensemble des examens réalisés 23.80 % ont révélé une rétinopathie diabétique.
- Extension du nombre de structures de dépistages sur les territoires cibles en 2014 (4 structures en plus (CMS de ST Ouen (93), CH d'Argenteuil, CH de Pontoise(95) et MSP Le Mée(77). Extension prévue en 2016 (x 8 structures prévues pour 180 000€) après la mise en place d'une plateforme régionale de lecture différée (DS) et l'amélioration organisationnelle.
- Mise en place d'un soutien de l'ARS aux CMS par une convention pluriannuelle 2015-2017 sur cahier des charges avec les 8 centres municipaux de santé participant à ce dépistage (7/8 CMS en 2015). L'acte pratiqué par les IDE n'est pas facturable à l'assurance maladie et est à la charge du CMS. C'est pourquoi l'ARS apporte son soutien financier aux



CMS pour la prise en charge de l'acte et leur demande d'accroître le nombre de dépistage. (cf. annexe)

- Mise en place d'un partenariat avec l'APHP (Lariboisière) et l'assurance maladie (DGGDR).

Pilotage :

- Mise en place d'un COPIL « dépistage rétinopathie diabétique par TLM » avec des partenaires institutionnels comme Assurance maladie (GDR), APHP.
- Mise en place d'un comité médical pour la plateforme régionale de lecture différée (APHP, Ophdiat, GSC-D Sisif, DPS DS) qui participe aux prises de décisions et processus.

Prise en compte des IST : le renforcement du nombre de structures de dépistage est réalisé sur les territoires cibles par un accès plus aisé au dépistage et notamment sur des structures de type centres municipaux de santé.

4-AMÉLIORER LE RECOURS À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE EN DÉVELOPPANT LES PROGRAMMES D'ETP EN VILLE (80% DES PROGRAMMES ETP SONT HOSPITALIERS).

- Expérimentation d'accompagnement d'acteurs sur des communes en CLS pour mettre en place un programme d'ETP diabète en ambulatoire (centre municipal de santé, MSP ou autre) si l'offre est déficitaire ou à renforcer l'articulation entre un programme ETP hospitalier et la ville. Les villes pilotes sont : Clichy-sous-Bois- Montfermeil (93) Montreuil (93), Coulommiers (77). Par ailleurs, il y a actuellement 183 programmes relatifs au diabète (1/3 des programmes ETP d'Île-de-France). A noter la participation de la Fémasif et de la FNCDS en tant qu'observateur.

Ces modalités d'action seront à développer et à valoriser dans le cahier des charges de l'appel à projet 2016 sur l'ETP ambulatoire.

Prise en compte des IST : les villes retenues sont des villes en CLS donc avec un IDH 2 très bas reflète des difficultés socio-économiques et culturelles. Le projet mobilise des CMS, structures de santé, fortement reconnu et accessible à des publics en difficultés.

5-FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SANTÉ EN AGISSANT SUR LES POINTS DE RUPTURE

- Pratique clinique préventive avec des professionnels libéraux : Action inter URPS sur 6 villes cibles (Meaux, Melun, Beaumont-sur-Oise, Stains, Argenteuil et Bobigny) avec trois axes : soirée d'information des professionnels de santé (124 professionnels de santé touchés), animation d'une journée grand public sur différentes priorités, dépistage dans les



officines du canton au mois de novembre (19 pharmacies participantes, 142 dépistages et 15% de résultats fortement en faveur d'un diabète non connu). Partenariat avec 5 URPS.

Prise en compte des IST : les professionnels libéraux sont « aller au-devant » des personnes dans le local d'une association drainant du public socialement et culturellement défavorisé et peu accessible aux actions de prévention et promotion de la santé, sur une journée.

- Pilote expérimental de coordination ville-hôpital de Gonesse (95) (service de diabétologie) dans 5 communes de l'Est du Val d'Oise (Garches les Gonesse, Goussainville, Gonesse, Villiers le Bel et Arnouville) : mise en place de la coordination suite aux travaux menés par la DT 95 qui ont montré une forte attente des acteurs sur ce sujet. Objectif : modélisation du parcours pour une extension en 2017. Le modèle retenu est présenté en encadré.

Prise en compte des ISTS : Les villes retenues sont particulièrement socialement défavorisées et sont toutes en CLS. Une attention particulière sera portée aux personnes en difficultés linguistiques avec un entretien spécifique avant la sortie par l'IDE de coordination et la remise d'une carte de coordination des soins où seront apposés les noms et coordonnées des acteurs de la prise en charge habituel du patient.

Le pilote expérimental de Gonesse

Avant l'hospitalisation

- 1. Faciliter l'accès aux médecins libéraux à un avis spécialisé en diabétologie, à des consultations dédiées et à une pré admission grâce à un Numéro de téléphone dédié aux Médecins généralistes**
- 2. Systématiser avant l'admission la transmission par les médecins de ville des informations nécessaires à la prise en charge hospitalière de leurs patients par un courrier d'accompagnement standard.**

Au cours du séjour

- 3. Informer les médecins de ville des étapes clés de la prise en charge hospitalière de leurs patients par MSS**
- 4. Anticiper et organiser les modalités de sortie du patient dès l'admission, voire la préadmission par la mise en place d'une IDE de coordination**

Après la sortie

5. Adapter l'information contenue dans les documents de sortie pour répondre aux attentes des professionnels de ville

6. Favoriser en sortie d'hospitalisation les conditions de la continuité thérapeutique grâce à la conciliation médicamenteuse

7. Sécuriser le retour à domicile du patient par la coordination des acteurs

8. Favoriser les temps d'échanges entre professionnels hospitaliers et de ville. Par exemple lors de la campagne de co-dépistage en juin mise en place d'une soirée de sensibilisation des PS à ce projet

9. Développer l'usage des nouveaux moyens de communication pour accélérer les échanges entre hôpital et cabinets de ville (MSS)

- Accompagnement de la réorganisation des réseaux de santé diabète, en un réseau de santé régional diabète : coordination du parcours du patient diabétique et appui aux professionnels de santé sont les deux axes des réseaux de santé. La mise en place d'un réseau régional s'inscrit dans l'équité de prise en charge d'un patient diabétique quel que soit son lieu de résidence et l'amélioration de son parcours. Des programmes d'ETP peuvent être mis en place par le réseau de santé ou il peut accompagner une structure ambulatoire à la mise en place de programme.

Prise en compte des IST : à travers le renforcement de la prise en charge de patient complexe sur le plan médico- psycho-social avec la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) auxquelles participent le milieu social.

Pilotage global du projet diabète :

Un comité de pilotage « diabète » (COREG) a été constitué et comprend des représentants d'usagers (CISS) et de patients (AFD), des Collectivités territoriales, les réseaux diabète, des professionnels de santé spécialistes, la Fémasif, la FNCDS, l'assurance maladie, l'ordre des pharmaciens et médecins, les URPS pharmaciens, infirmiers, podologues et orthoptistes, des établissements hospitaliers et les DT du 93,95, et 77. Il s'est réuni 2 fois (juin 2014-juin 2015). La démarche et les axes de travail ont été validés par les membres et sont portés sur les territoires.

La CRSA a porté une attention particulière à ce projet et le suivra dans sa mise en œuvre.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

Le caractère socialement stratifié du diabète et de ses complications impose une réponse adaptée. Concrètement le projet diabète est construit autour de plusieurs principes de réduction des écarts sociaux et territoriaux :

- a) Le projet cible 3 départements et des territoires infradépartementaux caractérisés à la fois par une fréquence élevée de la pathologie et un fort désavantage social ;
- b) Au plan local, les projets en direction de groupes spécifiques sont privilégiés (ateliers sociolinguistiques par exemple), ainsi que les projets portant sur les territoires les plus en difficultés ;
- c) Plusieurs acteurs mobilisés (centres municipaux de santé) semblent mieux positionnés pour réduire les difficultés financières et institutionnelles d'accès aux soins.

Par ailleurs, un travail conjoint avec la mission Grand Paris vise à permettre une réduction des écarts, à moyen terme, passant par les déterminants sociaux les plus distaux, en particulier l'aménagement urbain et la marchabilité, dont on sait qu'ils sont souvent plus défavorables à l'activité physique dans les territoires les plus pauvres.

Il est par contre difficile de mesurer l'adaptation des protocoles d'ETP aux spécificités et contraintes sociales des personnes non favorisées.

Analyse des freins et leviers

Les freins

Ils sont d'une part d'ordre structurel par exemple liés à des problématiques de manque / ou d'absence de promoteurs sur certains territoires (ex : 77), à une démographie des professionnels de santé fragile (77 et 95) et d'autre part d'ordre organisationnel avec des liens à construire entre la ville et l'hôpital.

Par ailleurs, les difficultés de modification des comportements, très documentées et la temporalité toujours longue d'autant plus lorsque les représentations sont éloignées de la prévention sont des freins pertinents.



Les leviers

Ils tiennent à l'implication et la dynamique des acteurs sur les territoires comme les associations de patients, les réseaux de santé, les services hospitaliers, les centres municipaux etc...

Ils sont associés selon les actions à la construction du projet, à la prise de décision concernant le processus, à l'évaluation et à la mise en œuvre du projet dans le cadre d'une démarche de démocratie sanitaire.

Un des leviers est aussi la concertation avec d'autres institutions pour s'inscrire dans une démarche de cohérence des politiques publiques comme par exemple avec l'assurance maladie, avec les collectivités territoriales à travers les contrats locaux de santé etc...

Par ailleurs, des liens sont réalisés avec les autres projets de l'ARS pour renforcer la démarche de l'Agence et la visibilité de son action. Le projet régional diabète est un projet transverse à l'Agence et il est à noter une forte mobilisation des délégations territoriales et des autres directions métiers de l'ARS. Exemple : le projet Terris@nté, l'appel à projet « conciliation médicamenteuse » de la cellule du médicament, le projet Rémi, le projet ETP etc....

Perspectives et enjeux émergents

Les perspectives

Elles visent :

- d'une part, après les évaluations à venir, une modélisation des expérimentations pour un déploiement sur d'autres territoires infra départementaux de la région,
- d'autre part un élargissement de la thématique diabète vers les pathologies métaboliques et cardio-vasculaires au regard de la dimension multifactorielle commune à ces pathologies.

Par ailleurs une consolidation des axes de travail avec l'assurance maladie est nécessaire pour la cohérence des politiques publiques.



Les enjeux

Ils résident dans la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé en :

- renforçant l'animation territoriale sur les infra territoires les plus vulnérables (CLS)
- développant les coordinations avec le social (RCP) pour les patients complexes
- introduisant une composante « accès aux soins » dans tous les réseaux territoriaux pluri-thématique.

Quelques exemples

Un **Réseau régional diabète Ile de France** : La construction d'un réseau régional diabète est une des réponses à ces ISTS.

Modélisation du parcours : coordination entre la ville et l'hôpital : La modélisation du parcours de santé et notamment la coordination entre la ville et l'hôpital est aussi un enjeu fort pour la prise en compte des spécificités des publics accueillis.

L'adhésion des patients diabétiques au traitement : concourt à la réduction des inégalités de santé notamment dans la prise en compte des représentations et des difficultés linguistiques. Elle doit s'inscrire dans tout programme d'éducation thérapeutique du patient. Une expérimentation sera menée en 2017 avec l'URPS pharmaciens en collaboration avec les associations de patients : sur la base d'un modèle d'accompagnement à l'adhésion au traitement par des entretiens avec les pharmaciens des officines de ville sur des territoires cibles. Cet entretien serait réalisé à 3 étapes clés :

- Initiation du traitement.
- Ruptures dans la prise de traitement.
- Changement de traitement.

Préparation du projet avec l'URPS pharmaciens et les associations de patients au 2ème semestre 2016 pour une mise en œuvre en 2017. Ce projet s'appuie sur les résultats de l'étude d'IMS Health porté par la cellule du médicament qui montre que l'observance des patients traités par antidiabétiques oraux est insatisfaisante sur les territoires cibles.



La e-santé

La e-santé est également un enjeu émergent et notamment les « serious game » pour les patients avec la nécessité de prendre en compte la compréhension (barrière de la langue) et les possibilités des différents publics (visuels adaptés, messages courts...) et l'aide à la décision pour les professionnels de santé en lien avec Terris@nté.

La télémédecine

La télémédecine est particulièrement préoccupante pour le suivi des diabétiques et du diabète gestationnel, notamment pour les spécialistes (ophtalmologie, gynéco-obstétrique). Le développement de la télémédecine est un axe majeur afin de ne pas renforcer les inégalités sociales de santé.

Éléments connexes du bilan

Bilan de l'action ETP

Bilan de l'action Grand Paris

Bilan de l'action périnatalité

⇒ *Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux.*

Réduire les risques liés aux activités de pressing pour les travailleurs et les riverains

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Mise en œuvre du protocole régional relatif à la gestion des expositions au PCE de riverains et de salariés de pressing.*
- *L'amélioration des échanges d'information et la clarification des interventions de chacun a permis d'identifier et de gérer plus rapidement les cas problématiques.*
- *La démarche, initiée en Île-de-France, a servi de référence pour l'élaboration de doctrines nationales publiées à l'été 2013.*

Le contexte

Le solvant le plus utilisé pour le nettoyage à sec des vêtements est le tetrachloroéthylène, plus communément appelé perchloroéthylène (PCE). Ce solvant chloré est un produit liquide incolore très volatil. Par voie d'inhalation, le PCE a une toxicité neurologique, rénale et hépatique. Par contact direct avec la substance, le PCE est un irritant pour les muqueuses. Ce composé est classé cancérigène probable (catégorie 2A) pour l'homme par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et cancérigène possible par l'Union européenne. Les effets cancérigènes sont reconnus par l'US-EPA.

En juin 2010, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a rendu un avis sanitaire et recommandé l'utilisation de deux « valeurs repères d'aide à la gestion » pour l'air intérieur des immeubles d'habitation ou locaux ouverts au public :

- une valeur repère de qualité de l'air à 250 µg/m³ pour l'air intérieur des immeubles d'habitation ou locaux ouverts au public qui doit être respectée dans un délai de cinq ans (juin 2015) ;
- une valeur d'action rapide à 1 250 µg/m³ pour laquelle le délai de mise en œuvre des actions correctives ne devrait pas excéder six mois.

Ce que prévoyait le PRS

L'objectif de l'action régionale est la production d'un protocole interservices permettant de mieux coordonner les acteurs dans la prise en charge des problèmes liés à ces installations. Cet objectif a été repris dans le cadre de la fiche action 8 du PRSE2. Par ailleurs, Il était prévu dans le PRS que l'ARS interpelle les pouvoirs publics et les experts (Haut Conseil de la Santé Publique) pour statuer sur l'interdiction de l'usage du PCE, et son remplacement par d'autres substances, à l'instar d'autres pays. A noter que cette interdiction est maintenant en vigueur depuis arrêté ministériel relatif à l'utilisation de solvants pour le nettoyage à sec de fin 2012. Cet arrêté interdit l'implantation de nouvelles machines utilisant du perchloroéthylène dans des locaux contigus à des locaux occupés par des tiers et impose de changer progressivement les anciennes machines.

Ce qui a été réalisé

ÉLABORER UN PROTOCOLE REGIONAL RELATIF A LA GESTION DES EXPOSITIONS AU PCE DE RIVERAINS ET DE SALARIES DE PRESSING

Le protocole a été signé en novembre 2014. Il clarifie les rôles des différents intervenants publics et améliore leur coordination afin d'accélérer la mise en œuvre d'actions concertées en vue de diminuer l'exposition des populations au perchloroéthylène, de les informer sur les risques liés à cette exposition et les actions correctrices entreprises, et de leur proposer, si nécessaire, un examen médical spécifique.

Il prévoit notamment :

- un **traitement homogène des signalements** de situations potentiellement à risque pour les tiers au niveau régional : pour tout signalement, une campagne de mesures chez les tiers sera systématiquement réalisée par le LCPP ou par un autre laboratoire et l'installation sera systématiquement inspectée par la DRIEE.
- Une **amélioration des échanges d'informations entre les différents intervenants publics** :

Dès qu'une concentration supérieure à la valeur repère du HCSP est mesurée dans des locaux habités ou occupés par des tiers ou qu'une valeur supérieure à $1/10^{\text{ème}}$ de la VLEP est mesurée dans un pressing, le cas est signalé aux différents organismes ayant une mission de service public relative aux pressings concernés. Pendant tout le traitement du cas, l'ARS et la DRIEE se tiennent informées de leurs actions et des résultats obtenus.



- Un renforcement des actions des intervenants publics :

L'inspection des installations classées de la **DRIEE** propose des suites administratives renforcées pour accélérer la mise en conformité et protéger rapidement les personnes exposées, et mettre en place une surveillance des concentrations en PCE chez les tiers. Si les concentrations mesurées sont très élevées et/ou si des personnes particulièrement sensibles sont exposées, l'inspection des installations classées proposera également le retrait immédiat de tout le PCE de l'installation.

L'**ARS** transmet aux riverains les résultats des analyses effectuées chez eux et les informe sur le risque sanitaire pouvant être associé à ces expositions. Une consultation médicale spécialisée est proposée aux personnes exposées selon des modalités décrites dans le protocole. Une convention entre le CAP-TV et l'ARS permet d'organiser le dispositif de consultations spécialisées dédiées.

La **DIRECCTE** informe le médecin du travail des entreprises impactées et la section d'inspection du travail concernée.

La **CRAMIF** peut proposer une prestation de conseil aux exploitants au cas par cas. Cette proposition est systématique pour les cas les plus problématiques.

INFORMER ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

Une cellule nationale pilotée par la Fédération Française des Pressings et Blanchisseries (FFPB) en partenariat avec l'ADEME et le ministère a été mise en place au niveau national fin 2013. Elle informe les professionnels sur les différentes techniques de substitution au PCE et les oriente pour obtenir les aides financières et techniques proposées par l'ADEME, la CRAMIF, le Régime social des indépendants (RSI) et l'Agence de l'eau Seine-Normandie.

Au niveau régional, une réunion d'information a été organisée par la FFPB le **15 avril 2013**. Les évolutions de la réglementation et le protocole régional y ont été présentés.

CONTROLLER LES PROFESSIONNELS

En 2010, 700 pressings en activité étaient recensés sur Paris par la Préfecture de Police et 461 sur les 7 autres départements franciliens dans la base de données des installations classées. Au total, plus de 25% des pressings français déclarés sont regroupés en Île-de-France.

De façon à éviter de limiter les interventions conjointes au seul traitement des plaintes (ce qui aurait limité la portée de cette intervention notamment pour ce qui concerne la



réduction des inégalités sociales et territoriales de santé) le dispositif a été appliqué au traitement de l'ensemble des situations mises en évidence lors d'inspections des services de contrôle (DRIEE et DIRECCTE). La proportion est représentée dans le tableau joint.

Tableau 2 : Situations ayant donné lieu à une intervention.

Année	Plaintes	Inspections DRIEE	Inspections DIRECCTE	Interventions ARS
2011	31	65	136	3
2012	26	132	88	20
2013	27	132	144	16
2014	25	115	133	8

Quelle analyse des effets ?

Dès l'été 2012, le protocole en cours d'élaboration a été mis en œuvre de manière informelle par les différents organismes. L'amélioration des échanges d'information et la clarification des interventions de chacun a permis d'identifier et de gérer plus rapidement les cas problématiques.

Par l'inscription de cette action au PRSE 2, l'Île-de-France a joué un rôle de précurseur au niveau national. La démarche initiée en Île-de-France a servi de référence pour l'élaboration de doctrines nationales publiées à l'été 2013.

En 2014, le programme a été évalué par un ingénieur du génie sanitaire sous le pilotage de l'EHESP, la Cire et l'ARS, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études.

Ce travail a montré que la montée en charge des signalements et actions relatives à ces nuisances depuis la mise en place du protocole démontre l'utilité de formaliser et de cadrer les actions concertées autour de ces nuisances. Toutefois, l'enquête par questionnaire auprès des acteurs de ce protocole a révélé que l'efficacité des actions engagées est rarement évaluée à son terme. Des difficultés de coordination interinstitutionnelle persistent notamment sur la rétro information tout au long des différentes étapes de gestion. De plus, les délais amenant les riverains à effectuer une consultation toxicologique sont pour la plupart inadaptes pour interpréter correctement les résultats.

Perspectives

Une réunion annuelle de suivi de la mise en œuvre avec l'ensemble des organismes associés est prévue dans le protocole.



Il a désormais vocation à évoluer et à s'adapter aux évolutions réglementaires et toxicologiques de manière autonome sans être intégré au PRSE3, d'autant plus que le nouvel arrêté ministériel relatif à l'utilisation de solvants pour le nettoyage à sec de fin 2012 interdit l'implantation de nouvelles machines utilisant du perchloroéthylène dans des locaux contigus à des locaux occupés par des tiers et impose de changer progressivement les anciennes machines. Seules les machines au perchloroéthylène les plus modernes pourront encore être utilisées jusqu'en 2022. Le parc de machines se rénove donc au fur et à mesure avec une utilisation plus fréquente d'autres solvants : hydrocarbures, siloxanes ou aquanettoyage, selon l'arrêté du 5 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 août 2009 fixant les caractéristiques des produits de substitution.

En complément, fin 2015 et début 2016, tous les riverains de pressing qui le souhaitent – notamment ceux qui détecteraient des odeurs de solvants anormales dans leur logement – peuvent demander une mesure de la concentration de perchloroéthylène dans leur logement.

Les mesures sont réalisées par des laboratoires privés sélectionnés par le ministère du développement durable. Le coût des mesures est entièrement pris en charge par l'État. Il est cependant nécessaire d'organiser une veille toxicologique sur le PCE et ses substituants afin d'anticiper l'évolution des valeurs de gestion et d'adapter les actions en conséquence. Le protocole est un document vivant qui se doit d'être constamment réévalué pour évoluer avec son environnement et rester pertinent et efficient.

D'un point de vue opérationnel, le travail partenarial entre les différentes institutions pourrait être encore amélioré (mise en place d'un outil partagé de suivi des situations)

La question de la prise en charge des populations exposées au-delà de la valeur repère mais en deçà du seuil d'alerte doit également être étudiée.

A terme, l'éventualité d'étendre ce dispositif à d'autres régions doit être évaluée au cas par cas, et n'apparaît nécessaire que lorsque le nombre de signalements devient important.

Sécurité sanitaire des eaux

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *La qualité de l'eau du robinet est globalement de très bonne qualité en Île-de-France.*
- *Cette qualité progresse légèrement (cf. indicateur CPOM), bien qu'il existe quelques situations de non-conformité.*
- *La préservation de l'eau à la source est essentielle pour garantir la qualité de l'eau potable à long terme.*
- *IL existe un fort portage politique sur ce sujet.*
- *La mise en œuvre de la démarche est complexe en raison de la diversité des acteurs, et des contraintes qui pèsent sur ces acteurs (notamment les collectivités locales).*
- *En matière de plomb dans l'eau potable, les indicateurs signent une amélioration régulière en ancienne.*
- *La question des habitants n'ayant pas l'accès à l'eau potable ou ayant des coupures d'eau régulières n'est pas suffisamment documentée, et devra faire l'objet d'une action spécifique dans le futur PRS.*

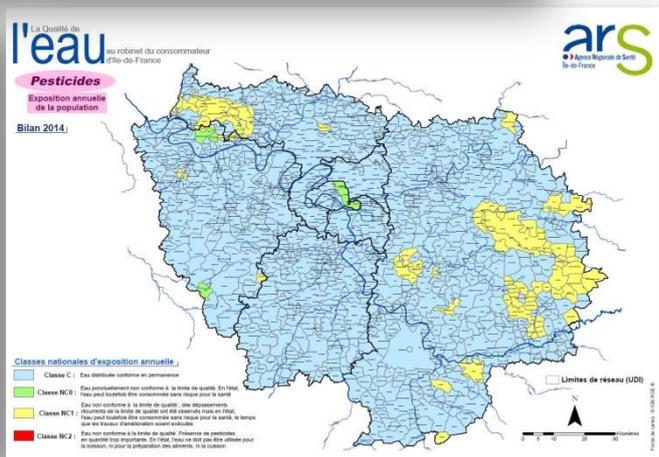
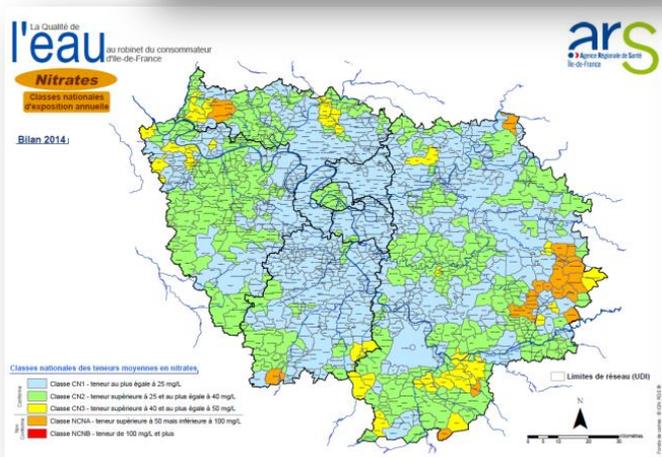
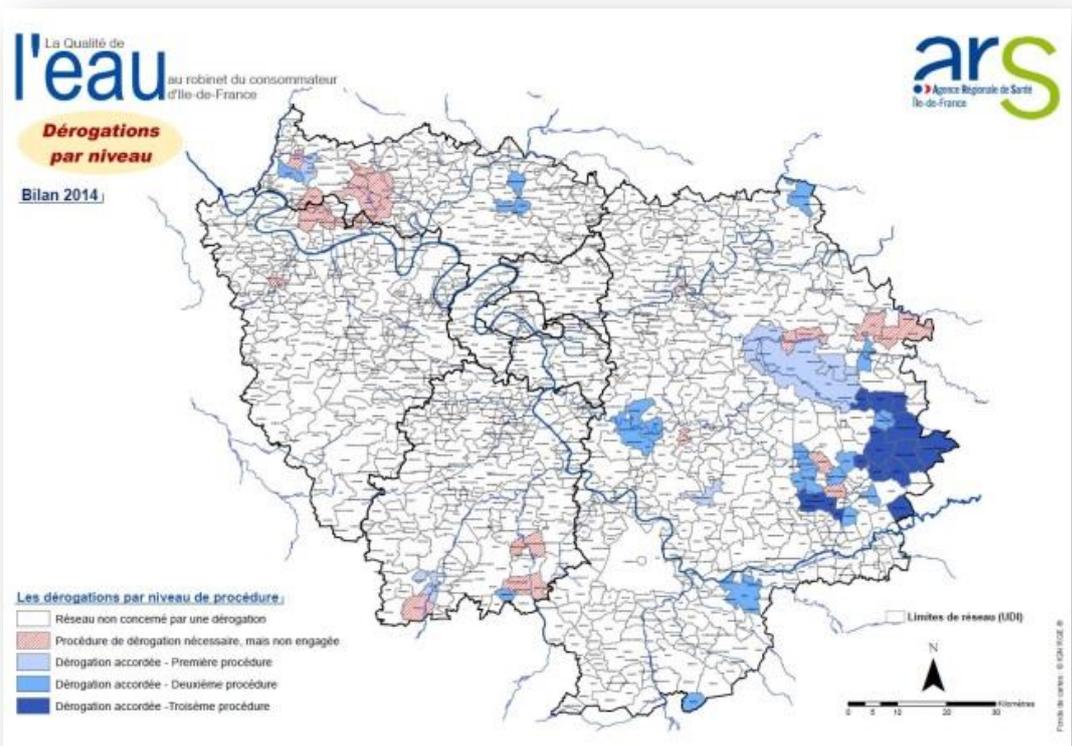
Le contexte

Bien que la qualité de l'eau de consommation humaine distribuée soit globalement satisfaisante en Île-de-France, cette eau ne respecte pas les limites de qualité réglementaires sur la totalité du territoire régional. De plus, la protection des ouvrages de production d'eau n'est mise en œuvre que de manière partielle.

Ainsi, la géographie des réseaux montre d'importantes inégalités géographiques et territoriales : en effet, les usagers des différents réseaux de distributions d'eau ne sont pas égaux pour la qualité d'eau à leur robinet (pour schématiser, l'eau de petites collectivités en Grande Couronne présente davantage de risque de mauvaise qualité qu'en Petite Couronne).

En agissant sur les réseaux d'eau présentant des non-conformités, cette action visait donc à réduire des écarts importants.

Les cartes suivantes donnent l'ampleur de ces écarts :



Ce que prévoyait le PRS

L'action décrite ici, qui constitue la fiche 11 du PRSE2 et est inscrite au schéma régional de prévention visait donc à améliorer la qualité des eaux de consommation humaine

distribuées en Île-de-France en mobilisant les acteurs concernés. Elle s'appuyait sur quatre objectifs:

1. **améliorer la qualité de l'eau distribuée** et la rendre conforme en permanence à la réglementation d'ici 2015 dans toutes les Unités de distribution (UDI) alimentant plus de 5 000 habitants ;
2. **poursuivre la protection des ressources en eau** utilisées pour la production d'eau de consommation humaine, en vue de protéger 100% des captages alimentant plus de 15 000 habitants d'ici 2015 ;
3. maîtriser la qualité sanitaire de l'eau distribuée en renforçant **l'autosurveillance des responsables de la production/distribution de l'eau** ;
4. **faciliter l'accès à l'information** sur la qualité des eaux.

Ce qui a été réalisé

1. AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'EAU DISTRIBUEE

L'indicateur national CPOM des ARS sur la qualité de l'eau était³¹ "pourcentage d'UDI [=réseaux de distribution d'eau] ayant présenté des non-conformités aux limites de qualité pour les paramètres bactériologiques et / ou ayant présenté des non-conformités aux limites de qualité pour les paramètres physico-chimiques pendant au moins 30 jours cumulés sur l'année".

En Île-de-France, cet indicateur a évolué ainsi :

Année	2011	2012	2013	2014
Nbre d' « UDI CPOM » = réseaux d'eau présentant des non-conformités récurrentes de la qualité de l'eau	9	9	7	7

2. PROTECTION DES RESSOURCES EN EAU UTILISEES POUR LA PRODUCTION D'EAU DE CONSOMMATION HUMAINE

Une collaboration interservices a permis d'accélérer l'instruction des projets de protection des captages aux débits les plus importants, notamment en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise

³¹ Cet indicateur national a évolué en 2016 et n'a pas été retenu par l'ARS Île-de-France (choix de l'indicateur « habitat » pour la partie santé environnement)



- Le **nombre de captages protégés des périmètres de protections instaurés par DUP** par les services de l'ARS est passé, à l'échelle de l'Île-de-France sur la période du PRSE2, de **425 captages protégés en 2011 à 463 en 2016, soit une augmentation de plus de 3 %**. Cette progression lente, en cours depuis plusieurs années dans l'ensemble des régions françaises, est à poursuivre dans les prochaines années.
- L'objectif du PRSE 2 était de **protéger 100% des captages alimentant plus de 15 000 habitants** d'ici 2015 : ce chiffre, qui était de 75,2 % en 2010, est passé à 83,6% en 2016 (158 captages protégés parmi l'ensemble des 189 captages alimentant plus de 15.000 habitants).

3. GESTION DE LA SECURITE SANITAIRE DE L'EAU

L'ARS sensibilise régulièrement les responsables de la production et de la distribution d'eau (PRPDE) sur la gestion préventive des risques sanitaires (notamment les petits producteurs et distributeurs) : des travaux initiaux ont été réalisés dans le département de l'Essonne par l'ARS.

Cette action a été retenue parmi les actions prioritaires du PNSE3 (action n°55) et sera déclinée dans le PRSE3. L'ARS ÎLE-DE-FRANCE a organisé en mars 2016 un colloque national inter-ARS sur ce sujet afin de préparer la mise en œuvre de cette action dans les prochaines années.

4. ACCES A L'INFORMATION SUR LA QUALITE DES EAUX

Un travail est mené chaque année par les Délégations Départementales afin de rappeler aux maires leurs obligations en matière d'information, via l'envoi des « infofactures » et autres bilans de la qualité des eaux, qui sont joints annuellement aux factures adressées aux abonnés, permettant l'information des usagers.

Au cours du PRSE2, des pages « eaux » ont été créées sur le site internet de l'ARS Île-de-France, donnant accès aux dernières données du contrôle sanitaire des eaux exercé par l'ARS (lien vers le site internet national « eaupotable@sante.gouv.fr »), aux « infofactures » établies annuellement par les délégations territoriales de l'ARS et aux cartes régionales de qualité des eaux. L'ARS procède ainsi annuellement à la mise en ligne des données de qualité sur les eaux distribuées et a communiqué spécifiquement sur ce sujet, en mars 2012 via l'organisation d'un « café-presse » et novembre 2015 via la publication d'un communiqué de presse, sur la qualité de l'eau du robinet distribuée dans la région.

Analyse des effets

Les résultats, par action, sont le reflet des différents aspects :

- Les actions « à la main » de l'ARS : l'action n°4 relative à l'information sur la qualité de l'eau, qui a été mise en œuvre de manière satisfaisante.
- Les actions où l'ARS est l'un des acteurs (action n°2 relative à la mise en place des périmètres de protection de captages) : cette procédure de protection des captages est instruite par l'ARS, mais l'avancement des dossiers relève également des pétitionnaires (collectivités) et la procédure comporte de nombreuses étapes. Ainsi, bien que l'ARS agisse pour inciter à l'avancement des procédures, cet avancement est relativement lent. Ce constat est national et n'est pas spécifique à l'Île-de-France.
- Les actions où l'ARS n'est pas l'acteur principal : l'action n°1 relative à l'amélioration de la qualité de l'eau. En effet, la mission de l'ARS est de contrôler la qualité de l'eau et de mettre en œuvre les mesures de gestions appropriées. L'ARS n'intervient ni dans la mise en œuvre opérationnelle du traitement et distribution de l'eau (collectivités), ni dans le financement des infrastructures (agences de l'eau notamment). Néanmoins, on peut noter que les ARS ont un rôle de plaidoyer, de catalyseur pour la mise en œuvre de plans de gestions de sécurité de l'eau. L'action n°3 de cette fiche, relative au renforcement de l'autosurveillance, a été partiellement mise en œuvre mais devrait être reprise et renforcée dans le PRSE3 Île-de-France.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

Les inégalités sont d'essence territoriale, liées à un ensemble de facteurs d'ordre géographique ou organisationnel (écarts entre les lieux de captage et lieux de consommation, par exemple). Il est complexe d'envisager la projection de ces mécanismes en termes sociaux.

Empiriquement, il est probable que des facteurs sociaux interfèrent (meilleure vigilance chez des personnes plus favorisées, accès à l'eau en bouteille plus facile, etc...). Mais rien, à ce stade, ne permet de documenter ces mécanismes.

Analyse des freins et leviers

Concernant l'objectif d'amélioration de la qualité de l'eau du robinet

1. Les freins :

- Les acteurs sont multiples : collectivités, financeurs, éventuels délégataires, usages des terrains en proximité de captages, etc.
- Les financements sont eux-mêmes multiples (agence de l'eau, collectivités) et ne relèvent pas de l'ARS. L'Agence, en tant que chargée de veiller au respect de la directive européenne relative à la qualité de l'eau du robinet, fixe une obligation de résultats. Pour atteindre ces résultats, des moyens nouveaux sont à créer ? **L'ARS est prescripteur (de résultats) mais ne finance pas (les moyens d'atteindre ces résultats).**
- La mise en œuvre effective de la lutte contre les pollutions diffuses, notamment par les agriculteurs à proximité des captages, est elle-même disparate : les « Aires d'Alimentation de captages » sont un outil de lutte contre les pollutions diffuses, qui, de l'avis de tous les acteurs impliqués, est très difficile à mettre en place de manière efficace.

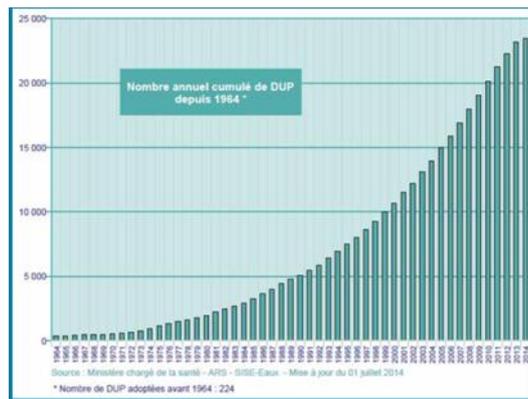
2. Les leviers de l'ARS :

L'Agence a mis en place en 2015 un Plan d'Actions Eaux, qui s'est articulé en plusieurs fiches actions, synthétisées en deux volets majeurs :

- Un volet d'actions, menées auprès de certaines collectivités identifiées comme problématiques en termes de qualité d'eau distribuée, qui a porté sur les inspections d'ouvrages et sur les dérogations accordées à la qualité de l'eau distribuée et qui fait l'objet d'une synthèse régionale hebdomadaire.
- Un volet de communication, comportant notamment un communiqué de presse et des cartes régionale de qualité, réalisés fin 2015. Cette communication avait pour objectif de donner à l'action de l'ARS dans le domaine du contrôle de la qualité de l'eau du robinet davantage de visibilité et d'impact auprès des usagers.

Ce plan d'actions, mis en œuvre de manière énergique sur une durée réduite de quatre mois, a été un détonateur pour mobiliser l'ensemble des collectivités concernées, voire pour enclencher d'autres leviers à plus long terme.

- Il existe en Île-de-France un vrai et fort portage politique de l'Etat sur le sujet de la lutte contre la pollution diffuse de la ressource en eau utilisée pour la production d'eau potable. Ce portage constitue un levier d'action important pour l'ARS, notamment au sein des différentes instances du Comité de bassin Seine-Normandie auxquelles participe activement l'ARS.



Concernant l'objectif de poursuivre la protection des captages

1. Les freins : il s'agit d'une démarche longue (5 ans en moyenne au niveau national), aux acteurs multiples. Cependant, une progression lente mais régulière de la proportion de captages protégés est observée, tant au niveau national que régional (voir graphe ci-après).
2. Les leviers de l'ARS : des financements existent dans les politiques de l'Agence de l'Eau Seine-Normandie, des Conseil Départementaux et du Conseil Régional. L'ARS doit davantage travailler avec ces différents acteurs, en incitant et en accompagnant, afin d'améliorer les financements et d'augmenter le nombre de projets mis en œuvre au regard de la qualité de l'eau.

Concernant l'objectif de renforcer l'autosurveillance des responsables de la production/distribution de l'eau

1. Les freins : difficulté à mobiliser les petites collectivités sur ce sujet (faibles moyens (humains et financiers) et compétences techniques alors qu'elles sont les principales cibles de cet objectif).
2. Les leviers de l'ARS : formation/sensibilisation des collectivités (exemple de l'action menée en ARS PACA) et identifier une structure qui porterait un appel d'offres (Bureau d'études pour identification des dangers) : exemple de l'action « Sésane » menée par l'ARS Poitou-Charentes, citée dans le PNSE 3 (action 55).

Concernant l'objectif de faciliter l'accès à l'information sur la qualité des eaux.

Il s'agit d'un objectif récurrent, réalisé actuellement de manière satisfaisante.

FOCUS 1 : LE PLOMB DANS L'EAU POTABLE

Le plomb dans l'eau en Île-de-France constitue un enjeu spécifique, en raison de la prévalence du saturnisme : si le facteur le plus massivement en cause dans l'intoxication saturnine est l'habitat, le plomb dans l'eau potable est susceptible de concourir aux imprégnations à plus bas bruit.

La situation en termes d'exposition est la suivante :

- Présence de canalisations en plomb sur la partie publique du réseau d'eau : très rare, la très grande majorité des branchements en plomb a été supprimée.
- Réseaux intérieurs : il reste de nombreuses canalisations en plomb. Les obligations réglementaires qui s'appliquent aux propriétaires d'installations ne sont pas explicites.

La situation dans l'eau est décrite ci-dessous : on constate une amélioration régulière de la situation engagée bien avant le PRS. Il n'y a pas d'information permettant de documenter ces courbes plus récemment.

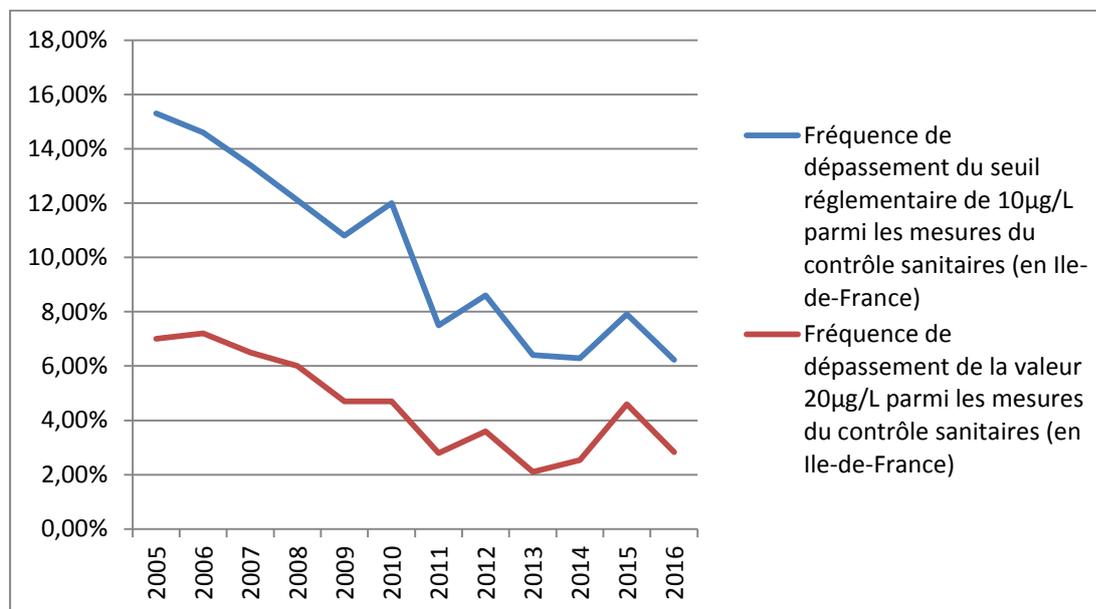


Figure 2: Fréquences de dépassement des seuils de 10 et 20 µg/L parmi les mesures du contrôle sanitaire en Île-de-France, de 2005 à début 2016.



FOCUS 2 : L'ACCES A L'EAU POTABLE

La qualité de l'eau distribuée a été l'axe majeur des programmes régionaux dont le bilan est présenté ici. Une question n'est cependant pas traitée : celle des familles sans accès à l'eau potable, car occupant soit un bâtiment sans réseau, soit une copropriété en déshérence, soit encore un bidonville. Il en va de même pour les familles avec des coupures intermittentes récurrentes. Assurer l'accès à l'eau pour tous est cependant un objectif fondamental. C'est un enjeu de dignité, un enjeu humanitaire, social et sanitaire.

Ce phénomène était probablement non négligeable à l'initiation du PRS et du PSRE. Il a été considéré comme une déclinaison du phénomène de l'habitat insalubre ou indigne, mais n'a été ni caractérisé, ni dimensionné.

En cours de programme, est intervenue la loi Brottes du 15 avril 2013, qui comporte diverses dispositions concernant l'eau, sa tarification (article 28) ainsi que les coupures d'eau. Elle permet une expérimentation sur les territoires pouvant inclure « la définition de tarifs tenant compte de la composition ou des revenus du foyer, l'attribution d'une aide au paiement des factures d'eau ou d'une aide à l'accès à l'eau en application de l'article L. 210-1 du code de l'environnement ».

Il n'est pas possible, aujourd'hui, de quantifier l'impact de cette loi à l'échelle régionale. C'est une lacune majeure, en termes sanitaires.

Le PNSE3 comporte à ce sujet une action spécifique (action n°101) : soutenir l'accès équitable à l'eau potable et à l'assainissement. Avec comme indicateur de moyens de l'action : nombre de PRSE intégrant des actions spécifiques pour l'accès équitable à l'eau et à l'assainissement.

En Île-de-France, l'ampleur de l'habitat indigne et les contrastes sociaux imposent que ce sujet soit abordé comme un déterminant brutal, sinon fréquent, d'attente à la santé. Il devra donc être envisagé dans le cadre du futur PRSE3.

FOCUS 3 : UN DISPOSITIF DEPARTEMENTAL

Un plan départemental de l'eau, réunissant tous les acteurs, a été mis en place en Seine-et-Marne depuis 2006 (deuxième plan actuellement en cours). Ce plan, porté notamment par le Conseil Départemental et auquel participe l'ARS, contribue à fédérer les acteurs autour de projets concrets d'amélioration de la qualité de l'eau, à l'échelle des collectivités.



FOCUS 4 : STRONTIUM DANS L'EAU

Bien que le strontium ne fasse pas partie des paramètres recherchés dans le cadre du contrôle sanitaire réglementaire, le strontium est identifié par l'OMS comme potentiellement à risque pour la santé.

Suite à une expertise nationale de l'ANSES en 2013 et aux conclusions de la DGS, l'ARS ÎLE-DE-FRANCE a réalisé en 2015-2016 une campagne de recherche de cet élément dans les captages d'EDCH.

Au vu des résultats de cette campagne, et bien que la population concernée par un dépassement du seuil national ne corresponde qu'à 0.3 % de la population francilienne, l'ARS diffusera aux Personnes Responsables de la Production/Distribution d'Eau (PRPDE) concernées par un dépassement les résultats et les recommandations nationales.

Perspectives

Un rapport de mission interministérielle (CGAAER, CGEDD, IGAS) de juin 2014, intitulé « *Pour une meilleure efficacité et une simplification des dispositions relatives à la protection des captages d'eau potable* », indique, parmi ses recommandations :

« Recommandation n°4 : Unifier les deux procédures actuelles de protection des captages (code de la santé publique et code de l'environnement) en une seule, au sein du code de la santé publique, et mieux définir l'objet des périmètres de protection et les outils juridiques qui s'y rattachent. »

Les éventuelles suites réglementaires qui seront données à ces recommandations ne sont pas connues. Le cas échéant, la nature et le volume d'activité des ARS sur ce sujet pourraient être modifiés.

La démarche de gestion préventive de la sécurité sanitaire de l'eau (objectif n°4 ci-dessus), dont le cadre a été fixé par l'OMS et qui va être progressivement appliqué par la réglementation européenne, complétera le contrôle *a posteriori* de la qualité d'eau mis en œuvre par les ARS (avec ses délais d'obtention des résultats et d'intervention) par une gestion préventive des risques. L'activité des ARS sera impactée par cette évolution réglementaire. L'ARS ÎLE-DE-FRANCE s'y prépare, un colloque national inter-ARS ayant été organisé par l'Agence en mars 2016.



Éléments connexes du bilan

- *Bilan de la Veille et Sécurité sanitaire*

Étudier l'impact environnemental et sanitaire des plates-formes aéroportuaires et du trafic aérien en Île-de-France : étude SURVOL

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Le projet SURVOL permet de répondre à une demande forte d'informations des riverains d'Île-de-France et vise à faire bénéficier les populations riveraines (plus de 2 millions d'habitants) d'une surveillance renforcée et permanente de leur exposition au bruit et à la pollution atmosphérique.*

Le contexte

La région Île-de-France est dotée de deux aéroports internationaux, Paris-Charles de Gaulle et Orly et d'un aéroport pour voyages d'affaires, Paris-Le Bourget. Ces trois aéroports, parmi les plus importants au niveau européen dans leur catégorie, sont à l'origine d'un nombre important de survols de la région. Il existe une forte contestation des riverains du fait de la gêne occasionnée par les survols ainsi qu'une crainte quant à l'impact sur leur santé de l'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique générée par les avions et les plates-formes aéroportuaires.

C'est dans ce contexte que le Préfet de région a décidé d'inscrire dans le premier Plan Régional Santé Environnement une action relative aux nuisances générées par les aéroports (gêne sonore essentiellement), action reprise dans le deuxième plan régional santé environnement. Cette action comprend notamment la mise en place d'un dispositif de surveillance environnementale du bruit et de la pollution atmosphérique autour des 3 plateformes aéroportuaires, le dispositif SURVOL. La mise en place de ce dispositif a été initiée en 2008 et se poursuit depuis



Ce que prévoyait le PRS

L'objectif recherché est de mieux décrire est l'impact environnemental des plateformes aéroportuaires et du trafic aérien dans la région.

Le dispositif SURVOL comprend trois parties :

- une modélisation quotidienne des niveaux de pollution atmosphérique avec mises à disposition des résultats sous forme cartographique sur le site d'Airparif ;
- un dispositif de surveillance des nuisances sonores complémentaire de celui d'Aéroport de Paris, avec mise à disposition des résultats sur le site internet de Bruitparif ;
- une caractérisation des populations en fonction de leur niveau d'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique.

Ce qui a été réalisé

METTRE EN PLACE UN OBSERVATOIRE DE LA QUALITE DE L'AIR AUTOUR DES TROIS PRINCIPALES PLATEFORMES AEROPORTUAIRES FRANCILIENNES (AIRPARIF)

Airparif a défini deux zones d'étude, la première centrée sur Charles de Gaulle-Le Bourget, la seconde sur Orly. Cinq polluants représentatifs de la pollution émisés par les plateformes aéroportuaires et leurs activités ont été retenus : NO₂, PM10, PM2,5, O₃, et le benzène ainsi que l'indice Citeair qui donne la qualité de l'air globale. Airparif a développé un système de modélisation intégrant l'ensemble des sources d'émissions présentes dans les deux domaines d'études et en particulier les émissions des activités aéroportuaires (trafic aérien, centrale d'énergie, circulation automobile sur les plateformes,...).

Ce système prend en compte les conditions météorologiques observées dans les deux zones d'études ainsi que la pollution de fond produite à l'extérieur et importée dans les domaines d'études. Les cartographies de pollution atmosphérique représentant la qualité de l'air de la veille sont mises en ligne chaque jour sur le site Internet <http://survol.airparif.fr> développé par Airparif.

RENFORCER LA SURVEILLANCE DU BRUIT AUTOUR DES TROIS PRINCIPALES PLATEFORMES AEROPORTUAIRES FRANCILIENNES (BRUITPARIF)

Bruitparif a retenu deux zones d'étude, l'une autour de l'aéroport d'Orly, l'autre autour de Charles de Gaulle- Le Bourget. La mise en place opérationnelle du système de surveillance a consisté en plusieurs étapes : la collecte des données disponibles, la réalisation d'une



campagne de mesures préalable, l'élaboration d'un plan de déploiement de stations expertes de mesure dans des localisations complémentaires au réseau d'ADP avec l'installation effective de 12 premières stations et la mise en place de la plateforme de diffusion des données de mesure en temps réel et des indicateurs énergétiques et événementiels sur le site Internet <http://rumeur.bruitparif.fr> développé par Bruitparif. Une convention cadre a été signée avec la DGAC pour échanger les données.

CARACTERISER LES POPULATIONS EXPOSEES AU BRUIT ET A LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE AUTOUR DES TROIS PRINCIPALES PLATEFORMES AEROPORTUAIRES FRANCILIENNES (BRUITPARIF)

Bruitparif a développé un système d'information géographique en vue du croisement des caractéristiques socio-économiques des populations et des données environnementales (air, bruit) autour des plateformes aéroportuaires. Des indices caractérisant la défaveur sociale ont été croisés avec les données environnementales. Des cartographies ont été produites faisant apparaître que dans la grande majorité des cas, les zones qui présentent de fortes inégalités sociales d'exposition environnementale sont concernées par des situations de surexposition à la fois au bruit et à la pollution atmosphérique.

Quelle analyse des effets ?

Les deux systèmes de surveillance sont désormais fonctionnels et présentent des résultats quotidiens fiables et validés sur la qualité de l'air et les expositions au bruit autour des plateformes aéroportuaires franciliennes. Des retours d'information sont effectués aux élus, associations et représentants des professionnels du secteur lors des Commissions Consultatives de l'Environnement.

Perspectives

La DGS, mais également la DGAC et la DGPR notamment, soutiennent une étude épidémiologique nommée DEBATS menée à proximité de 3 aéroports français (CDG, Toulouse Blagnac, Lyon St Exupéry). L'objectif est de mieux connaître et de mieux quantifier les effets du bruit des avions sur la santé des populations riveraines des aéroports français. Il s'agit d'adopter une approche globale des effets du bruit des avions sur la santé en caractérisant les états de santé des riverains à la fois sur le plan physique et mental mais aussi en termes de gêne ressentie.

Pour ce qui concerne SURVOL, au-delà de l'acquisition de données sur du long terme, l'utilisation de l'outil tel qu'il est développé par les riverains et les acteurs locaux reste à évaluer.

⇒ Assurer la coordination des vigilances.

Qualité sécurité des prises en charge

Le contexte

Une des priorités du Projet Régional de Santé est d'améliorer la sécurité des soins ce qui nous conduit l'Agence à :

- 1- 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...). Cette surveillance va du recueil des signalements à la mise en place des mesures appropriées. Elle concerne tous les secteurs (les établissements de santé, mais également les établissements médico sociaux et le secteur ambulatoire) et tous les acteurs (l'ARS avec le concours de ses 8 délégations territoriales, les structures de vigilances et d'appui, les professionnels de santé, les patients.)
- 2- Consolider les démarches qualité.

Ainsi, l'amélioration de la **qualité et de la sécurité des prises en charge** (QSPC) est devenu un axe important des missions de l'Agence concourant à la sécurité sanitaire des franciliens. Les actions de l'ARS dans le cadre du dispositif Qualité et Sécurité des Prises en Charge (QSPC) mis en place en 2014 se sont articulées autour de trois grands axes :

- La création d'un centre d'analyse des risques dans le cadre d'une centralisation des signaux et afin de permettre la mise en perspective et l'étude des données relatives à la qualité et à la sécurité des prises en charge dans une optique d'analyse et de cartographie des risques.
- L'organisation du réseau régional des vigilances et structures d'appui et la création d'un dispositif d'appui au bénéfice des établissements / professionnels de santé et usagers avec la création fin 2014 de la SRA dédiée aux pratiques de soins
- L'élaboration d'une politique relative aux produits de santé

La QSPC repose sur des actions prévisionnelles (proactives), visant à conforter et améliorer le bon fonctionnement du système de prise en charge ; et des actions réactives, visant à redresser, à partir de l'analyse des incidents. Cette partition dessine en fait un continuum, les actions pro-actives d'appuyant sur les leçons des actions réactives.



COORDINATION DES ACTEURS ET DES STRUCTURES

La coordination de l'ensemble des structures et acteurs des vigilances et appui qui a pour objectifs :

- de rendre les dispositifs de vigilance plus efficaces en développant un réseau régional avec l'ensemble des vigilances sanitaires et des structures d'appui;
- de partager les informations sur les événements indésirables ayant un impact régional ;
- de participer à des actions de promotion du bon usage et d'éducation dans le domaine des vigilances et de la gestion des risques.

CREATION DU CENTRE D'ANALYSE DES RISQUES

La création du centre d'analyse des risques (CAR) qui a récupéré la coordination de la gestion des EIG le 1 janvier 2016.

ELABORATION D'UNE POLITIQUE COORDONNEE RELATIVE AUX PRODUITS DE SANTE

Cf. fiche spécifique

CREATION D'UNE NOUVELLE STRUCTURE REGIONALE D'APPUI A LA QUALITE ET A LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE : STARAQS

La création d'une nouvelle structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge : STARAQS, au bénéfice des établissements et professionnels de santé pour compléter la couverture dans le champ de la qualité et de la gestion des risques déjà offerte par les structures régionales de vigilance et d'appui existantes (CRPV, OMÉDIT, CCLIN/ARLIN, etc.)

La structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge en Île-de-France (SRA-Île-de-France) vise à **améliorer la prise en charge des usagers** et à ce titre, doit répondre aux besoins des établissements et professionnels des secteurs ambulatoire, médico-social et sanitaire sur l'ensemble du territoire francilien.

Elle doit assurer ses **missions de conseil, d'expertise** et de formation en coordination et en cohérence avec l'ensemble des structures régionales de vigilances et d'appui.



Vigilances	Appui
Coordination Régionale d'Hémovigilance (CRH) (placée auprès du DGARS, au sein du département de coordination des vigilances et appui)	Centre de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) futurs Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CEPIAS)
Centres Régionaux de PharmacoVigilance (CRPV)	Observatoire du MEDicament des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT)
Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP)	Structure d'Appui Régionale A la Qualité et à la Sécurité des prises en charges (STARAQS)
Centre Antipoison et ToxicoVigilance (CAPTV)	
Correspondant Régional de MatérioVigilance (CRMV)	

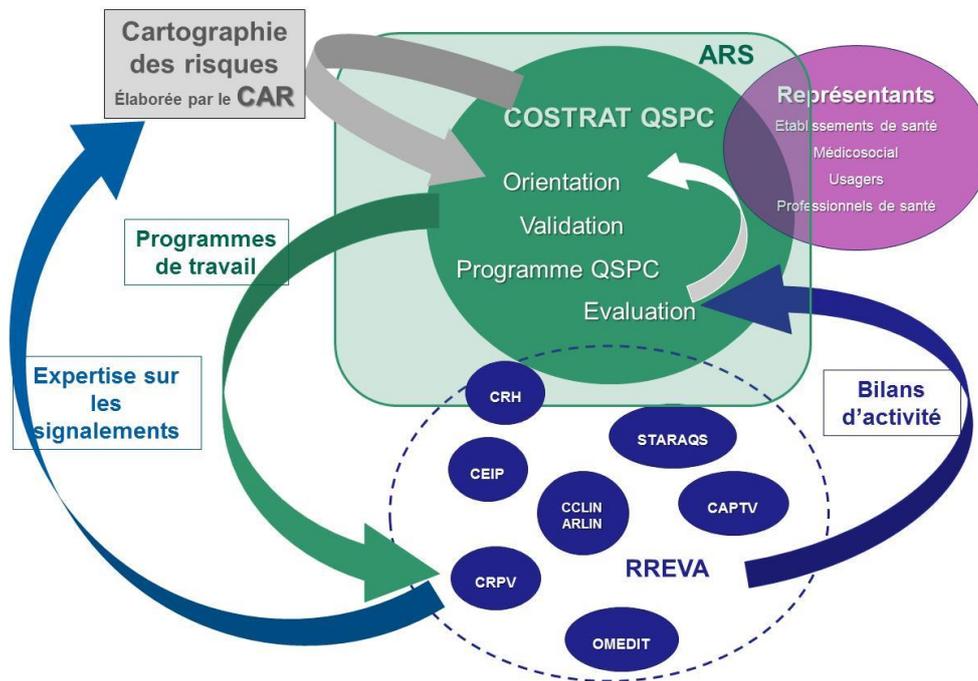
Ainsi le nouveau dispositif incite à développer la coordination et la complémentarité avec tous les partenaires régionaux et a permis la mise en place d'un véritable partenariat entre les acteurs de la qualité et de la sécurité des prises en charge et l'ARS.

Socle commun à toutes ces orientations, le comité stratégique qualité/sécurité des prises en charge (COSTRAT) qui réunit l'ensemble des parties, oriente les axes de travail, valide les programmes de travail avec le concours des SRVA.

Le COSTRAT est composé de la DGA de l'ARS, des directions métiers de l'ARS pour leurs domaines d'activités respectifs, des représentants des SRVA, des représentants des professionnels de santé (ordres, URPS), et des établissements sanitaires et médicosociaux (FHF, FHP, FEHAP, SYNERPA, URIOPSS, APHP), des représentants de la fédération des maisons et centres de santé, des représentants des usagers (CISS), des représentants de la mutualité française, des présidents de CME.

Fonctionnement du COSTRAT

Le fonctionnement du COSTRAT s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Il s'appuie sur la cartographie des risques établie en Île-de-France par le centre d'analyse des risques (CAR). Cet outil régional permet d'identifier des thématiques d'alerte à l'origine des plans d'action sur l'amélioration de la QSPC.



Quelle analyse des effets ?

Pour l'année 2015, la culture du signalement et la prise en charge d'évènements indésirables associés aux soins, le retour d'expériences et l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge ont été repérés comme des points à renforcer et à développer dans les secteurs ambulatoires et médico-sociaux.

L'année 2016 s'inscrit dans la continuité des efforts de coordination déployés à l'échelle régionale et met l'accent sur un partenariat renforcé autour de deux axes majeurs : l'amélioration de la coordination des soins et la démocratie sanitaire.

L'articulation ville hôpital est incontournable pour garantir la continuité des soins. Le développement de prises en charges globales et coordonnées doit permettre d'éviter des évènements critiques voire dommageables pour le patient, dans sa trajectoire de soins. Le renforcement de la démocratie sanitaire est quant à lui indispensable pour favoriser l'adhésion du patient au projet de soins.

L'élaboration d'une politique coordonnée relative aux produits de santé avec la mise en place d'une politique régionale du médicament, dont l'un des objectifs porte sur la réduction de la iatrogénie médicamenteuse passe par le déploiement de la conciliation médicamenteuse.

Le développement de l'approche territoriale dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).



⇒ *Promouvoir la sécurité sanitaire des prises en charge*

Mettre en œuvre une politique du médicament et des produits de santé

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Les objectifs stratégiques ont été atteints par la mise en œuvre d'une coordination de la politique du médicament et des produits de santé au niveau régional. La mise en œuvre est illustrée au niveau opérationnel par la coordination et la réalisation d'un partenariat dynamique en interne et avec les partenaires extérieurs, les professionnels de santé et les usagers. Ayant permis la coordination régionale de plus d'une dizaine d'actions, c'est par l'intermédiaire d'indicateurs de résultats affinés par actions que les objectifs pourront être mieux évalués au sein du PRS2.*

Le contexte

Le médicament occupe la 1^{ère} place des stratégies thérapeutiques et représente une dépense régionale de plus de 6 milliards d'euros.

Aussi, le bon usage et la réduction de la iatrogénie associée aux produits de santé représentent des enjeux majeurs pour la santé publique, et leur efficacité, un fort enjeu économique.

Un plan d'actions pour la mise en œuvre d'une politique du médicament et des produits de santé à l'ARS Île-de-France a été validé en groupe de travail COMEX le 27 octobre 2014. Cette politique a pour vocation de répondre aux besoins des franciliens, en termes de médicaments et de produits de santé. Elle est construite au service des patients, des professionnels de santé et des établissements.

Un premier état des lieux des activités de l'ARS Île-de-France en lien avec les produits de santé³² et une cartographie des acteurs et de leurs missions³³ ont permis de préciser les

³² Note à l'attention de M. Laurent CASTRA relative aux activités de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France en lien avec la politique du médicament. A. de Saunière, D. Pigé, 11 décembre 2012.



missions réalisées et les collaborations qui existent entre les structures internes à l'ARS Île-de-France et les institutions extérieures. D'une façon générale, il ressortait que l'éparpillement des acteurs et des missions en lien avec les produits de santé ne permettait pas une gestion optimale. **Aussi, la Direction de la Santé publique (DSP- pôle VSS) a été chargée de coordonner une politique régionale en la matière dans le cadre du dispositif qualité et sécurité des prises en charge (QSPC).**

La finalité est de mener une politique régionale lisible et cohérente pour les produits de santé.

Ce que prévoyait le PRS

Depuis 2014, l'ARS Île-de-France s'est organisée de façon à conduire une politique régionale du médicament et des produits de santé lisible, unifiée et cohérente pour répondre aux besoins des franciliens.

Elle s'inscrit dans les objectifs stratégiques 2011-2016 de l'ARS, qui visent à améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

La politique régionale du médicament et des produits de santé repose sur quatre principes directeurs :

- Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique et notamment lutter contre la iatrogénie médicamenteuse
- Assurer le pilotage et la régulation médico-économique régionale du secteur des produits de santé
- Renforcer l'accompagnement des professionnels de santé et des usagers, au travers d'actions de formation et de communication
- Soutenir la recherche et les innovations.

³³ Note à l'attention de M. Claude EVIN, Propositions pour une politique régionale du médicament et des produits de santé en Ile de France. M. Bouley, A. de Saunière, 20 décembre 2013.



Ce qui a été réalisé

L'élaboration d'une politique relative aux produits de santé a été inscrite comme l'un des quatre axes du dispositif qualité, sécurité des prises en charge (QSPC). Le plan d'actions validé en COMEX en octobre 2014 portait sur l'organisation pour la mise en œuvre d'une politique du médicament et des produits de santé, un programme d'actions et une méthodologie de travail.

Organisation pour la mise en œuvre d'une politique du médicament et des produits de santé

La Cellule politique du médicament et des produits de santé a été créée en novembre 2014 au sein du Département QSPharMBio du pôle Veille et sécurité sanitaires (VSS) pour porter le programme d'actions s'y référant.

Les leviers et appuis pour la mise en œuvre de la politique régionale du médicament sont :

- Les contrats qui engagent les établissements de santé dans une démarche de qualité, sécurité et d'efficacité de la prise en charge médicamenteuse (CPOM, contrats d'engagements du plan ONDAM, contrat de bon usage)
- Les missions des structures régionales d'appui en lien avec les produits de santé, **notamment l'OMEDIT dont le programme de travail est défini conjointement avec la cellule politique du médicament et des produits de santé** (conseiller pharmaceutique) entre autres.
- L'accompagnement de terrain et le soutien financier de l'ARS pour les établissements et les professionnels de santé (ex : appel à projet).

Les actions sont coordonnées par la cellule politique du médicament et des produits de santé. Elles sont pilotées en transversalité au sein de l'ARS par des chefs de projet (pharmaciens, pharmaciens inspecteurs de santé publique, médecins, économistes de la santé, statisticiens, etc.), en lien avec l'Assurance maladie, les représentants des professionnels de santé, des usagers, des établissements et les instances nationales (ministères chargés de la santé, ANSM, HAS, etc.). Elles sont réalisées par les acteurs de terrain avec l'aide des structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), principalement l'OMEDIT Île-de-France.



Le programme d'actions

Les actions entreprises au titre de la politique régionale du médicament et des produits de santé relèvent des défis identifiés dans le Projet Régional de Santé (PRS), les plans nationaux (Plan antibiotiques, Plan cancer, etc.) et répondent aux problématiques émergentes en matière de produits de santé.

Depuis 2014, la cellule politique du médicament et des produits de santé coordonne le programme d'actions, qui compte en 2016 une dizaine d'actions **qui répondent aux 3 objectifs opérationnels** de la politique régionale du médicament.

- **Améliorer l'efficacité et le bon usage des produits de santé.**
- **Améliorer le parcours de soins des franciliens.**
- **Réorganiser l'offre de soins.**

Les actions de santé publique en lien avec la gestion du risque ont été inscrites au titre du plan triennal d'amélioration de l'efficacité du système de soins (plan ONDAM 2015-2017).

Tout au long de la mise en œuvre de cette politique, des points spécifiques sont réalisés avec les directions de l'ARS concernées pour identifier les interconnexions et réaliser des travaux de mise en cohérence avec d'autres projets de l'ARS.

Le programme d'actions tel qu'il a été défini à ce jour a pris en compte notamment les programmes suivants sous l'angle de la thématique produits de santé :

- Plan cancer 2014-2018 et projet régional inégalités et cancer ;
- Projet régional diabète ;
- Plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 ;
- Programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) ;
- Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013- 2017 ;
- Loi de modernisation de la santé : conciliation médicamenteuse, les parcours.

Les résultats des principales actions sont regroupés selon 3 objectifs opérationnels abordés successivement ci-dessous.



AMELIORER L'EFFICIENCE ET LE BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

Maitriser les dépenses des produits de santé

Dans le cadre du plan triennal ONDAM, l'ARS a entrepris, en collaboration avec l'assurance maladie, des démarches de maîtrise des dépenses des produits de santé, notamment en promouvant leur bon usage (médicaments de la liste en sus, prescriptions hospitalières exécutées en ville, promotion des médicaments génériques).

Améliorer la prise en charge médicamenteuse en EHPAD – en lien avec le plan triennal ONDAM

La région Île-de-France dispose d'environ 700 EHPAD très divers, avec une capacité totale d'environ 52 000 places. Les résidents sont le plus souvent polypathologiques et polymédicamentés, avec une prise journalière de 7 molécules en moyenne. Les EHPAD sont quotidiennement confrontés au risque de iatrogénie médicamenteuse associée à des défauts d'organisation de la prise en charge médicamenteuse ou du fait de prescriptions non appropriées, insuffisamment suivies ou non réévaluées.

En 2014, l'ARS a lancé un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD ayant pour objectif de réduire la iatrogénie médicamenteuse dans l'ensemble des EHPAD de la région quels que soit leur statut juridique (public/privé) et leur localisation. Cette amélioration doit pouvoir profiter à l'ensemble des résidents des EHPAD franciliens.

Dans un premier temps, une enquête sur la prise en charge médicamenteuse (PECM) dans les EHPAD en Ile-de France (n= 670 en 2014) a été réalisée par l'ARSIF en 2014 (FIR 2013). Le taux de réponse a été de plus de 70%. L'échantillon était représentatif des établissements de la région. Les résultats régionaux de cette enquête ont été publiés sur le site internet de l'ARS en avril 2015.

Basée sur les résultats de cette enquête, une phase pilote a été lancée en avril 2016 (FIR 2014-2015). Elle permet d'expérimenter la mise en place d'une dizaine d'actions d'amélioration simples et pragmatiques auprès de 15 EHPAD volontaires. Les actions d'amélioration retenues portent à la fois sur l'organisation du circuit du médicament et l'usage efficient des médicaments, conformément au programme de gestion du risque d'Île-de-France³⁴. Elles sont organisées en 3 axes :

³⁴ Code de la santé publique. Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional gestion du risque (art. R1434-9 à R 1434-18)

1. Mettre en place une politique de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse.
2. Améliorer l'efficacité de la prescription.
3. Sécuriser et aider à l'administration.

Pour chaque action, l'ARS met à disposition des établissements des outils opérationnels (document d'autodiagnostic de la PECM, liste préférentielle de médicaments, liste des médicaments écrasables, fiche de déclaration des événements indésirables, protocole de bon usage des benzodiazépines et des neuroleptiques, etc.) et aide les acteurs de terrain à se les approprier.

Des indicateurs de moyens et de résultats sont recueillis tout au long de la phase pilote. Ainsi, une évaluation de l'impact des actions mises en place sera réalisée au 1^{er} trimestre 2017 avant d'envisager un déploiement progressif, à l'échelle régionale, à partir du 2^{ème} semestre 2017.

En parallèle, l'ARS a mis à disposition des professionnels d'EHPAD franciliens une boîte à outils « prise en charge médicamenteuse en EHPAD » accessible sur son site internet depuis mai 2016.

Elle rassemble de nombreux outils (recommandations, bonnes pratiques, procédures, listes de médicaments, e-learning, guides, etc.) en lien avec la qualité et la sécurité de la PECM en EHPAD, élaborés et publiés par des agences sanitaires (ARS, HAS, ANAP, ANSM, etc.), les structures régionales d'appui (OMEDIT, CRPV), les sociétés savantes ou directement issus du terrain.

Lutter contre l'antibiorésistance – en lien avec le plan triennal ONDAM

En 2015, l'Institut de veille sanitaire a compté 12 500 décès en France liés à une infection à bactérie multirésistante. Une corrélation entre le niveau de consommation en antibiotiques et l'émergence de résistances bactériennes a été démontrée. L'enjeu est d'ordre populationnel pour permettre à chacun de bénéficier de traitements antibiotiques efficaces et d'éviter les situations d'impasse thérapeutique. L'ARS Île-de-France a inscrit la lutte contre l'antibiorésistance au titre de ses actions de politique du médicament.

Ces actions sont menées en lien avec l'assurance maladie dans le cadre d'un comité de pilotage conjoint.



L'instruction du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance priorise les actions à mener et précise le rôle de pilotage de l'ARS. Deux actions sont à mettre en œuvre :

1. La mise en place du suivi des consommations et des résistances.
2. Le développement du conseil en antibiothérapie.

Par ailleurs, l'axe 2 du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), publié également en juin 2015, identifie des actions de prévention des infections pour limiter les recours à l'antibiothérapie. Ces actions intègrent les priorités du plan national antibiotiques 2011-2016 et de l'instruction de juin 2015.

Actions réalisées en 2015 :

- **Création d'un conseil scientifique**

Un conseil scientifique présidé par le président de la collégiale d'infectiologie d'Ile de France a été créé fin 2014. Il est composé de professionnels de santé des différents secteurs de soins et des structures régionales d'appui. Le conseil scientifique a pour missions :

- De proposer des orientations à l'ARS pour la politique de lutte contre l'antibiorésistance
- De formuler un avis ou des recommandations suite aux sollicitations de l'ARS
- De participer aux évaluations des actions
- De travailler en lien avec le réseau des référents en antibiothérapie

- **Formations au bon usage des antibiotiques**

Dans le cadre des programmes de travail établis entre l'ARS et les SRVA, l'OMEDIT et le CCLIN/ARLIN ont été chargés de déployer certaines actions spécifiques : dans le secteur médicosocial, le Kit pour le bon usage des antibiotiques en EHPAD a été diffusé et fait l'objet de formation des personnels dans le cadre de la démarche d'analyse du risque infectieux en établissements médico-sociaux (DARI). A ce jour, les EHPAD du 77, 92 et 75 ont fait l'objet de cette formation. Celle-ci doit être poursuivie sur l'ensemble du territoire.



- **Suivi des consommations en antibiotiques**

Dans le secteur sanitaire, l'optimisation du recueil des données de consommation et de résistance des antibiotiques repose sur le déploiement de l'Outil CONSOIRES. A ce jour, deux sessions de formation pour l'utilisation de cet outil ont été organisées par l'OMEDIT et le CCLIN.

Dans le secteur ambulatoire et médico-social, la collaboration avec l'Assurance maladie permettra de suivre les données de consommation en antibiotiques.

- **Conseil en antibiothérapie**

L'agence régionale de santé Île-de-France souhaite mettre à disposition des médecins libéraux un ou des outils d'aide à la décision et à la prescription d'antibiotiques. Un appel à projet pour le conseil en antibiothérapie des médecins libéraux sera lancé en septembre 2016.

Un annuaire des référents en antibiothérapie dans tous les secteurs de soins est en cours d'élaboration.

Améliorer l'adhésion aux traitements du diabète de type II

L'observance aux traitements médicamenteux est un enjeu majeur de santé publique en particulier pour la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que près de 50 % des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés. Outre l'altération de l'état de santé pour ces patients, la mauvaise observance représente un coût considérable pour les systèmes de santé.

En Île-de-France, le nombre de sujets diabétiques est estimé à 400 000 personnes avec une prévalence particulièrement élevée dans les départements de Seine-et-Marne (77), de Seine Saint-Denis (93) et du Val d'Oise (95).

Dans le cadre de la Politique régionale du médicament et des produits de santé et du projet régional diabète, l'ARS souhaite conduire un plan d'actions afin d'améliorer l'adhésion aux traitements du diabète de type II et contribuer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.



Dans un premier temps, l'ARS a réalisé un état des lieux sur l'observance aux traitements du diabète de type II dans la région afin d'identifier des actions à mettre en place. Aussi, en partenariat avec IMS Health France, une étude non interventionnelle sur la dispensation de médicaments dans le diabète de type II a été réalisée sur l'ensemble de la région, avec un focus sur les 3 territoires prioritaires du projet régional diabète (77, 93 et 95).

Selon l'étude, 41% des patients diabétiques de type II franciliens sont non-observants. Il apparaît nécessaire de favoriser l'adhésion des patients à leur traitement.

L'état des lieux réalisé dans cette étude permet d'identifier les facteurs clés de l'adhésion des patients à leur traitement. Les premiers axes pour construire un plan d'actions s'organisent autour du rôle des trois principaux acteurs du parcours : les patients, les médecins traitants, les pharmaciens.

- Un premier axe est de **porter à la connaissance des médecins traitants, les enseignements de l'étude**; par exemple, les risques accrus de mauvaise observance et d'échec de la prise en charge au moment de l'initiation du traitement, d'autant plus que les trois quarts des traitements sont initiés par un médecin généraliste.
- Un deuxième axe porte sur **le rôle de soutien et d'écoute des pharmaciens d'officine auprès des patients**, lors des premières délivrances de traitements et lors d'un changement de traitement. Ces échanges doivent être renforcés pour améliorer l'adhésion des patients diabétiques.
- Un troisième axe concerne **l'intégration des patients experts au sein des programmes d'éducation thérapeutique diabète**, pour leur construction, leur mise en œuvre et l'accompagnement des patients.

AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS DES FRANCILIENS

Mettre en place un parcours de soins Hépatite C en Île-de-France – en lien avec le plan triennal ONDAM

La mise à disposition en 2014 d'une nouvelle génération d'antiviraux d'action directe (NAAD) a bouleversé la prise en charge de l'hépatite C avec des taux de guérison de l'infection supérieurs à 90% et une bonne tolérance des traitements. Cette révolution thérapeutique fait entrevoir une maîtrise de l'épidémie. Mais celle-ci ne pourra être envisagée que par l'identification et la prise en charge de tous les patients atteints, y compris les patients précaires (usagers de drogues, détenus, migrants, etc.).



La mise en place d'un parcours de santé VHC dans la région porté par le Dr Stéphanie Dominguez de l'hôpital Henri MONDOR et la DSP constitue un modèle d'action de GDR/Santé publique, basée sur des parcours ciblés.

Ce parcours est mis en œuvre avec la mobilisation d'une cinquantaine de « centres ressources ». Il doit permettre un élargissement du dépistage et un accès réel aux antiviraux à action directe (NAAD) à des patients VHC positifs habituellement hors des filières de soins en mettant en place une prise en charge médico-sociale adaptée par un réseau de partenaires dans un objectif de réduction des inégalités. L'accompagnement des patients sera assuré par les médiateurs de santé qui auront pour mission notamment d'augmenter l'observance des patients à leur traitement et informer les patients des mesures de prévention des risques.

De nombreuses données en vie réelle seront collectées pendant le projet avec la mise en place d'un observatoire d'efficacité, de tolérance et d'observance des NAAD en vie réelle dans les populations réputées comme difficiles à traiter (usagers de drogues, migrants, personnes détenues, HSH). La prise en charge de ces patients est en conformité avec le cadre réglementaire de prise en charge des traitements par l'Assurance maladie.

La convention de partenariat entre l'ARS Île-de-France et l'AP-HP a été signée en octobre 2015. Ce dispositif sera expérimenté pendant une durée de 3 ans dans les départements de Paris, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne, avec un objectif d'inclusion de 1000 patients.

Lutter contre la iatrogénie aux anticoagulants en améliorant la prise en charge des patients

D'après les études EMIR 2007 et 2014 (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque) les Anti-Vitamines K (AVK) sont la 1^{ère} cause d'hospitalisation pour effet indésirable (12,6 %), dont 32% sont des effets indésirables évitables³⁵.

Certains patients traités par AVK se trouvent dans des situations complexes pathologiques ou médico-sociales qui contribuent à cette iatrogénie.

Le Centre de Référence et d'Éducation des Anti-Thrombotiques d'Île-de-France (CREATIF) est né de la volonté d'améliorer la prise en charge de ces patients dans leur parcours de soins entre l'hôpital et les professionnels de santé libéraux. Aussi, cette structure associative propose 3 activités médicales :

³⁵ Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Pérault-Pochat MC, Noize P, Haramburu F, the EMIR Study Group on behalf of the French network of Pharmacovigilance centres. Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France: the EMIR study *Fundamental & Clinical Pharmacology* 29 (2015) 106–111.



BILAN

- Activités de télésurveillance : suivi des examens biologiques (INR principalement) d'une file active d'environ 1000 patients avec adaptation posologique (éventuellement thérapeutique) associée.
- Centre de recours/conseils téléphonique en réponses aux demandes de patients/professionnels de santé (7/7j, 24/24h)
- Education thérapeutique des patients.

Dans ce contexte et dans le cadre d'une politique de bon usage des anticoagulants, une évaluation de la pertinence de cette structure apparaît essentielle pour estimer son impact sur le suivi et la prise en charge des patients traités par anticoagulants.

Afin d'apprécier le service rendu par le CREATIF, l'ARS Île-de-France évalue :

- L'activité et l'organisation de la structure ;
- La satisfaction des prescripteurs (enquête de satisfaction des médecins adresseurs et médecins relais) ;
- Le besoin pour les prescripteurs (enquête de terrain auprès des médecins généralistes franciliens).

Les résultats sont attendus pour le 2^{ème} semestre 2016.

Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Plusieurs rapports successifs (DGS 2012, IGAS 2014 et Plan gouvernemental 2013-2017) ainsi que les visites de conformité des CSAPA ont mis en évidence la nécessité d'améliorer la prise en charge médicamenteuse dans les CSAPA.

Dans un premier temps, l'ARS réalise un état des lieux spécifique à l'Île-de-France portant sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein des CSAPA franciliens (soit soixante-dix structures généralistes, « spécialisés drogues illicites » ou spécialisés « alcool »). Cet état des lieux portera notamment sur :

- La vérification de la conformité du circuit des médicaments dans les CSAPA ;
- La vérification des bonnes pratiques professionnelles afférentes au stockage, à la prescription, et à la délivrance des médicaments ;



- La vérification de la bonne utilisation des crédits alloués dans la cadre de la circulaire du 6/09/2013 ;
- Les relais et interfaces avec les acteurs de premier recours.

A l'issue de cet état des lieux, des préconisations régionales pour améliorer la prise en charge thérapeutique au sein des CSAPA et permettre une ouverture vers les acteurs de premier recours seront diffusées. D'autre part, l'ARS Île-de-France a prévu de cibler l'allocation des ressources destinées à la sécurisation du circuit des médicaments dans les CSAPA sera effectué.

REORGANISER L'OFFRE DE SOINS

Rationaliser la préparation des médicaments anticancéreux stériles au sein des établissements de santé

L'ARS Île-de-France a réalisé en 2012, un état des lieux de l'activité de préparation des médicaments anticancéreux stériles dans les établissements de santé franciliens. En 2012, 90 établissements réalisaient des préparations de médicaments anticancéreux injectables. Près d'un million de préparations de médicaments anticancéreux sont réalisées par an dans ces structures. 46% des établissements ont une faible activité (moins de 5000 préparations/an). Les études médico-économiques et les recommandations des sociétés savantes incitent fortement les établissements de santé ayant une activité inférieure à 5 000 préparations par an à procéder à des études de mutualisation ou de sous-traitance. A noter que cette démarche de mutualisation ne concerne que l'activité de préparation. L'activité médicale de proximité est conservée.

Dans un contexte favorable au développement des coopérations avec notamment le développement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), l'ARS Île-de-France souhaite accompagner les établissements de santé ayant un faible volume de production et/ou des conditions de préparation non conformes aux bonnes pratiques de préparation à s'inscrire dans une démarche de mutualisation de leur production de médicaments anticancéreux stériles. L'objectif étant d'**améliorer, à l'échelle régionale**, la qualité et la sécurité des préparations d'anticancéreux.

Les actions de l'ARS ont abouti en septembre 2015 à la rédaction d'un guide pour la mise en place d'une sous-traitance de la préparation des médicaments anticancéreux stériles. Depuis janvier 2016, un organisme prestataire accompagne 6 établissements de santé, retenus au travers d'un appel à candidature, pour la mise en place de la sous-traitance de l'activité de



préparation de médicaments anticancéreux (FIR 2015). Cette démarche a vocation à être reconduite en 2017.

Réorganiser les activités de préparation de la nutrition parentérale au sein des établissements de santé

Les accidents mortels liés à la nutrition parentérale pédiatrique (NPP) survenus fin 2013 au centre hospitalier de Chambéry ont conduit à la décision de suspension de la société Pharmacie Murette par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en janvier 2014. Cet évènement a révélé une capacité limitée de la production en poches de NPP préparées au sein des établissements de santé d'Île-de-France. Une réflexion régionale sur l'activité de nutrition parentérale est apparue urgente dans la perspective d'une offre régionale adaptée et de qualité.

Un « schéma d'organisation de la préparation de la nutrition parentérale » a été prévu dans le cadre des actions de la politique du médicament de l'ARS en 2014. Il s'agit de répondre à l'objectif d'une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre en termes de préparation et d'organisation de circuits optimisés des poches de nutrition parentérale dans le cadre d'une approche territoriale. Cette action s'inscrit désormais dans le cadre de l'instruction ministérielle du 20 mars 2015 relative à la « gestion des risques liée à l'activité de nutrition »³⁶, suite aux préconisations de l'IGAS³⁷.

L'ARS a procédé à un diagnostic de territoire à partir d'une instruction ministérielle publiée le 25 décembre 2015, sur la base d'un questionnaire national. L'ARS a recueilli un taux de réponse au questionnaire de 100 %. Un plan d'actions est cours d'élaboration en regard des résultats de l'enquête.

Quelle analyse des effets ?

- Exemples d'évaluations :

L'évaluation conduite actuellement par l'ARS concernant la clinique d'anticoagulation CREATIF est construite dans l'objectif d'un élargissement de son champ d'intervention si celle-ci se révèle favorable.

L'évaluation revêt 2 aspects :

- une appréciation qualitative de l'intérêt de cette structure pour les prescripteurs (questionnaire) ;

³⁶ Instruction n° DGOS/PF2/DGS/PP2/2015/85 du 20 mars 2015

³⁷ Rapport IGAS « Evaluation des pratiques en matières de nutrition parentérale pédiatrique » janvier 2015



- une appréciation quantitative des besoins sur le territoire.

De la même manière, le plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD prévoit une évaluation et un déploiement des actions ayant donné satisfaction : des indicateurs de moyens et de résultats sont recueillis au fur et à mesure de la phase pilote. Ainsi, une évaluation de l'impact des actions mises en place sera réalisée au 1^{er} trimestre 2017 avant d'envisager un déploiement progressif, à l'échelle régionale, à partir du 2^{ème} semestre 2017.

Quelle prise en compte des ISTS ?

La réduction des ISTS ne figurait pas en tant que telle parmi les 4 principes directeurs de la politique du médicament et des produits de santé. Cependant force est de constater que la réduction des ISTS est prégnante dans la construction du programme d'actions par des approches complémentaires :

- soit en ciblant des territoires prioritaires : dans le cadre du projet observance dans le diabète de type II, l'objectif principal est d'estimer l'observance médicamenteuse des patients atteints de diabète de type II sur trois territoires considérés comme prioritaires en Île-de-France : la Seine-et-Marne (77), la Seine-Saint-Denis (93) et le Val-d'Oise (95). Ce projet contribue au projet régional diabète.
- soit en ciblant des populations particulièrement exposées. Dans le cadre du parcours Hépatite C, ont été ciblés les patients VHC positifs habituellement hors des filières de soins en mettant en place une prise en charge médico-sociale adaptée par un réseau de partenaires dans un objectif de réduction des inégalités.
- soit au contraire en donnant un accès égal aux avancées sur tout le territoire. Les avancées résultant de la politique doivent être mises à la disposition des usagers sur tout le territoire afin de répondre aux enjeux d'équité et de partage du progrès. Dans le cadre du plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, les actions mises en place et les outils proposés sont avant tout simples et pragmatiques pour permettre une généralisation à l'ensemble des EHPAD de la région.

Analyse des freins et leviers

La politique du médicament est un projet récent, un an et demi, aussi il est difficile de tirer un bilan pour le programme d'actions à courte échéance.



Cette thématique devra être identifiée en tant que telle au sein du PRS2.

Les actions peuvent être mieux définies avec des indicateurs de résultats qui s'y rattachent.

Perspectives

La politique du médicament et des produits de santé devra répondre aux enjeux émergents de notre système de soins et les réorientations envisagées seront construites à la lumière de ceux-ci tels que :

- le virage ambulatoire : les actions seront axées plus massivement sur le secteur ambulatoire avec une logique de parcours non uniquement centrée sur l'hôpital.
- Innovation et recherche notamment sur le domaine de la santé numérique qui pourra notamment être une réponse aux « déserts » médicaux (par exemple : la télémédecine).
- Les enjeux d'équité, d'ISTS et de partage du progrès avec un accès égal à l'innovation.
- Enfin, si le vieillissement de la population et la prise en charge des maladies chroniques peuvent difficilement être qualifiés d'émergents, ils restent des enjeux importants faisant apparaître de nouvelles thématiques notamment en matière de maintien de l'autonomie. La politique du médicament de l'ARS doit s'inscrire dans le jeu de la démocratie en santé en s'appuyant le plus possible sur le patient lui-même avec l'objectif de le rendre plus autonome.

La politique du médicament a vocation à s'investir plus massivement sur les chantiers relatifs à l'efficacité des produits de santé, en coordination avec l'Assurance Maladie, et à accompagner les acteurs de santé franciliens dans cette dynamique.



Qualité de la prestation pharmaceutique

Faits marquants, à l'issue du PRS

- *Les actions menées :*
 - *dans le cadre de l'application de l'arrêté du 6 avril 2011 sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;*
 - *dans le domaine de la prise en charge du cancer, pour le volet chimiothérapies ;*
 - *dans le domaine ambulatoire, les pharmacies d'officine.*

Le contexte

L'ARS veille à faciliter au quotidien le parcours de santé des Franciliens en termes d'approvisionnement, de dispensation et d'utilisation de médicaments et des produits de santé ainsi que d'examens de biologie médicale.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la réalisation de missions d'évaluations sur le terrain dans les domaines de la pharmacie et de la biologie, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et du secteur ambulatoire.

Présentation du Département QSPharMBio :

S'inscrivant pleinement dans les actions entreprises par l'ARS, les missions transversales du Département Qualité Sécurité Pharmacie, Médicament et Biologie (QSPharMBio) relèvent de 3 champs principaux d'intervention :

- Le **domaine hospitalier et médico-social** (les hôpitaux et cliniques, publics ou privés, les EHPAD disposant notamment de pharmacie à usage intérieur, et les installations autonomes de chirurgie esthétique, ...) ;
- Le **domaine ambulatoire** (officines de pharmacie, laboratoire de biologie médicale, dispensateurs à domicile d'oxygène à usage médical, les CSAPA ...) ;
- La **politique du médicament et des produits de santé** (Cf. fiche bilan spécifique).



Les missions des 2 premiers domaines ont trait :

- aux **autorisations d'activités et/ou d'installations** (dans les établissements de santé avec la préparation des médicaments anticancéreux, de nutrition parentérale ou médicaments radiopharmaceutiques, d'unité de stérilisation des dispositifs médicaux ; dans les officines la réalisation de préparations magistrales pouvant présenter un risque pour la santé ou de vente de médicaments sur internet ...) ;
- à **l'accompagnement des établissements**, notamment dans le cadre du Contrat de Bon Usage décliné sur différents axes : la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le bon usage des produits de santé (dont les médicaments et dispositifs médicaux implantables financés en sus du GHS), la levée des remarques de la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé ... ;
- à **l'inspection/contrôle** permettant de s'assurer, sur site, de la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment suite à réclamation de patients ou à signalement de professionnels de santé.

Les autres missions du Département QSPharMBio concernent les conditions d'approvisionnement en médicaments via les grossistes-répartiteurs, les activités de diagnostic prénatal ou encore les autorisations de lieux de recherches biomédicales.

Le regroupement au sein du Département QSPharMBio de la plupart des pharmaciens de l'ARS permet une coordination et une harmonisation régionales sur les différents axes de travail ainsi que de disposer de pharmaciens référents avec des compétences spécifiques sur des thématiques à haute technicité. Dans ce cadre, le Département QSPharMBio agit en interface (support méthodologique et technique), soit au sein de la DQSPP, soit avec les autres directions (DOS, DD).

Qualité de la prestation pharmaceutique dans les différents secteurs de l'offre de soins :

- d'une manière générale par la mise en œuvre de **suivi et l'autorisation des structures et activités pharmaceutiques** en établissements de santé, médico-sociaux (EHPAD CSAPA..) ou ambulatoires (officines).
- Au sein des **établissements de santé** en développant des actions ciblées pour des activités à haute technicité dont :
 - La réalisation d'un **diagnostic régional des infrastructures** pharmaceutiques hospitalières qui contribue à l'élaboration éclairée des projets médicaux partagés (PMP) dans le cadre des différents GHT ;

- La **qualité des préparations des anticancéreux** : état des lieux régional, suivi des installations et du respect des bonnes pratiques, soutien des actions de mutualisation des Unité de Préparation des Chimiothérapies (UPC) par la mise à disposition d'outils et l'accompagnement d'établissements souhaitant mettre en place une sous-traitance ;
- La **qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM)** en établissement de santé : programme national d'inspection, appui aux établissements à la levée des réserves suite à la certification de la HAS, déclinaison d'objectifs et de cibles régionaux dans le contrat de bon usage, validation des plans d'actions des établissements suite à erreur médicamenteuse ;
- La **qualité des activités de stérilisation des dispositifs médicaux** : conduite du changement ;
- Qualité de la prestation pharmaceutique de **préparation de la nutrition parentérale** : état des lieux régional des infrastructures et des besoins, suivi des installations.
- Dans le **secteur médico-social**, amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse par l'allocation de CNR à des EHPAD avec pharmacie à usage intérieur, en aidant au financement d'achat de logiciels et d'équipements automatisés de dispensation des médicaments.
- Dans le **secteur ambulatoire**, en officine de pharmacie :
 - Garantir la **permanence d'accès aux soins** : gardes et urgences des officines de pharmacie : campagne de vérification, mise à disposition des franciliens de l'application « Mon Pharmacien » (développée par l'URPS pharmaciens et l'ARS ÎLE-DE-FRANCE) permettant de connaître les pharmacies assurant le service de garde et d'urgence ;
 - Garantir la **qualité de la dispensation pharmaceutique** en officine : campagne de vérification de la présence pharmaceutique, de la qualification des personnels, de la qualité des pratiques ayant trait à la détention des médicaments, à la réactivité des personnels face aux alertes et retraits de lots ou encore des conditions de réalisations des préparations magistrales ;
 - Lutter **contre la fraude à l'Assurance Maladie**. Un travail est engagé, en collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie d'ÎLE-DE-FRANCE, afin de lutter contre les fausses facturations et permettre la récupération d'indus.



Qualité de la prestation en biologie médicale (périmètre) :

- Surveillance de la **qualité et de la sécurité des résultats des examens de laboratoire** par des missions liées à des réclamations ou des signalements ;
- Vérification de la mise en œuvre des **bonnes pratiques** dans les activités d'**aide médicale à la procréation (AMP)** ou dans le **diagnostic prénatal (DPN)** ;
- **Adaptation de l'offre biologique** de dépistage aux populations (VIH, VHC, pathologies émergentes comme Ebola ou Zika).

Ce que prévoyait le PRS

Mise à disposition d'outils d'aide au diagnostic des risques et des évaluations sur site.

Appui aux pharmaciens d'officine dans leurs démarches de qualité.

Ce qui a été réalisé

MANAGEMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE (PECM) EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Le Département QSPharMBio s'est particulièrement attaché à répondre aux enjeux relatifs à la prévention et à la culture du signalement et du risque ; et plus particulièrement dans le domaine des établissements de santé.

De 2012 à ce jour, le Département a réalisé **plus de 150 de inspections sur site**, pour évaluer la capacité des établissements de santé à définir et conduire une véritable politique de **management de la prise en charge médicamenteuse**, intégrée au dispositif d'amélioration continu de la qualité.

L'évaluation porte notamment sur la dynamique de l'établissement à promouvoir et valoriser la politique de gestion de risque : dispositif déclaratif des erreurs médicamenteuses (analyse pluridisciplinaire, méthodologie validée, priorisation des actions correctives...), protection du signalant, analyse du risque a priori sur le processus de prise en charge médicamenteuse, évaluation des actions, indicateur de suivi du suivi.

Ces missions sont réalisées en associant les représentants des directions, des Commissions Médicales d'Établissements, des services d'Assurance-Qualité, des pharmacies à usage intérieur et dans différentes unités de soins. Elles permettent donc d'évaluer l'implication



des différents acteurs d'un établissement de santé dans la mise en œuvre du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM).

QUALITE ET SECURITE EN CHIMIOETHERAPIE

1 - Qualité et Sécurité en unités de préparation centralisée des médicaments anticancéreux

En 2005, le premier plan cancer a porté un enjeu majeur sur la **sécurisation des conditions de préparations des médicaments anticancéreux injectables** au sein des établissements de santé afin d'assurer la protection du personnel et un gain de la qualité. A cette fin, les unités de préparation (UPC) permettant la centralisation des préparations au sein de la pharmacie à usage intérieur ont fait l'objet d'autorisation et d'évaluation par l'ARS dans le cadre des différents SROS. Les exigences applicables à ces infrastructures ont été définies réglementairement par les bonnes pratiques de préparation (BPP) publiées en 2007.

En 2012, l'état des lieux régional réalisé par l'ARS a mis en évidence :

- un **volume de production de 960 000 préparations annuelles** dont le 1/3 est réalisé par les 5 établissements leaders en cancérologie (2 CLCC et 4 établissements de l'APHP) mais également par une forte proportion d'établissements (46%) avec un niveau de production inférieur au seuil de 5 000 préparations par an à partir duquel il est préconisé d'évaluer l'opportunité de maintien de l'activité sur place ;
- La quasi-totalité des établissements avait organisé une centralisation des préparations, avec 75% d'UPC dûment autorisées par l'ARS.

Des objectifs suivants ont donc été définis :

- d'une part pour les aspects qualité et sécurité :
 - poursuite de la mise en conformité des conditions de préparation (autorisation des UPC) par les ES ;
 - maintien de la conformité aux BPP des UPC.
- d'autre part, pour l'aspect efficience : engager les établissements avec un faible niveau d'activité de sous-traiter auprès d'un établissement autorisé.



2 - Guide pour la mise en place d'une sous-traitance de la préparation des médicaments anticancéreux stériles :

Des outils sont mis à disposition pour aider les établissements de santé dans leur démarche de mutualisation, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France a établi ce guide, qui constitue une **aide à la mise en place d'une sous-traitance** de la préparation des médicaments anticancéreux stériles. Il rassemble des informations pratiques issues des expériences des établissements ayant mis en place une sous-traitance dans la région.

3 - Qualité et Sécurité et organisation du suivi des chimiothérapies orales

Le plan cancer 2014 – 2018 positionne au centre des priorités l'**organisation du suivi des chimiothérapies orales**.

Le nombre de patients ayant un cancer et recevant un anticancéreux administré par voie orale a augmenté de façon importante ces dernières années. Ce phénomène s'explique d'abord par un nombre croissant de molécules per os disponibles. En parallèle, de nombreux anticancéreux oraux ont été mis sur le marché depuis 2001, la plupart appartenant à la classe des thérapies ciblées. Ainsi, un nouveau mode de traitement du cancer se développe avec un patient qui est confronté à la **gestion de son traitement** et de ses effets indésirables.

En effet, les chimiothérapies par voie orale sont parfois considérées à tort comme moins toxiques que les chimiothérapies intraveineuses.

Le patient n'étant pas à l'hôpital pendant le traitement, la **gestion des effets indésirables** peut être difficile et le **risque de non-observance** est réel. En cas de mauvaise observance, les objectifs thérapeutiques peuvent ne pas être atteints, ce qui provoque une perte de chance pour les malades.

L'ARS ÎLE-DE-FRANCE a pour objectif d'accompagner l'essor des chimiothérapies orales tout en garantissant l'efficacité et la sécurité de ces traitements.

A cette fin plusieurs actions ont d'ores et déjà été engagées. En 2015, un recensement des différents types de structures hospitalières ayant mis en place une organisation spécifique de prise en charge des patients traités par anticancéreux oraux a été réalisé et un groupe de travail régional avec les professionnels hospitaliers, ambulatoires et des réseaux de soins a été constitué.

L'état des lieux a permis de définir les structures hospitalières initiatrices de traitement, le profil des médicaments prescrits et celui des patients traités (hors diagnostic) et d'apporter ainsi des éléments sur les différents modes de prise en charge à envisager en fonction de la



classe thérapeutique du médicament et de la complexité des facteurs liés au patient (comorbidités associées, facteurs sociaux...).

3 territoires ont été identifiés avec pour chacun un établissement référent, qui vont faire l'objet d'un accompagnement pour une prise en charge spécifique des patients s'appuyant sur différents acteurs de santé en ville et à l'hôpital et d'élaborer des propositions d'organisation et d'indicateurs de suivi.

VIGILANCES SANITAIRES

Tous les aspects en lien avec les vigilances sanitaires sont systématiquement abordés que ce soit durant les missions PECM **en établissements de santé** que durant les missions relatives à la qualité des pratiques **en officine de pharmacie**.

Le département s'implique également dans l'**analyse des signalements d'erreur médicamenteuse** réceptionnés par l'ARS, notamment dans la validation des éléments transmis et du plan d'actions proposé par l'établissement.

PLACER LES PHARMACIENS D'OFFICINE PARMIS LES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS

La loi HPST a reconnu aux **pharmaciens d'officine** une place dans les **soins de premier recours**. Pour information, 4 millions de personnes se rendent chaque jour dans l'une des 22.000 officines françaises.

En complément de leur rôle principal de dispensation des médicaments et dispositifs médicaux aux patients, les pharmaciens assurent un **rôle de conseil sur le médicament** et, le cas échéant, d'**orientation du patient** vers son médecin traitant. La loi HPST lui a permis d'élargir ses missions à des **rôles d'accompagnement du patient** pour les pathologies chroniques (traitement par AVK) et d'**éducation thérapeutique** selon des programmes validés par l'ARS. Le but de ces nouvelles missions des pharmaciens d'officine est d'améliorer le bon usage du médicament et de diminuer la iatrogénie médicamenteuse.

Outre les inspections réalisées suite à réception de plaintes de patients ou de signalements de professionnels de santé (environ 80 par an), différents programmes ou campagnes d'inspections sont menés par le Département QSPharMBio) dans les officines de pharmacie franciliennes ; ceux-ci concernant :

- L'organisation de la **présence pharmaceutique** : avec le contrôle des déclarations de chiffres d'affaires (adéquation du nombre de pharmaciens adjoints au regard de l'activité globale de l'officine), la **qualification et la formation continue** des personnels,



- la **qualité des pratiques** avec la mise en place d'un système d'assurance qualité concernant :
 - o la gestion des produits de santé (réception et stockage des médicaments et dispositifs médicaux stériles), et plus particulièrement des produits thermolabiles (vaccins, médicaments dérivés du sang...);
 - o la mise en place d'une organisation réactive lors de la réception d'alerte sanitaire (retraits de lots...);
 - o la dispensation de qualité, plus particulièrement pour les médicaments avec de forts enjeux de santé publique (stupéfiants, pilule du lendemain, traitement de substitution aux opiacés...);
 - o le respect des conditions de réalisation du service d'urgences de nuit par les pharmacies parisiennes et/ou d'affichage des coordonnées des confrères assurant ce service.

Ces différentes missions permettent de s'assurer des conditions de permanence des soins et de la qualité du service rendu aux patients.

MISE EN LIGNE DE LA DOCUMENTATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DANS L'EXERCICE DE LEURS MISSIONS

Dans une démarche d'accompagnement des professionnels de santé, le Département QSPHarMBio a élaboré différents documents ou fiches d'information, destinés aux pharmaciens. Ainsi, des fiches pratiques ont été mises en ligne sur le **site du PAPS ÎLE-DE-FRANCE** (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé) au sujet des conditions de demandes d'autorisation de transfert ou de regroupement d'officines, de vente de médicaments sur internet ou encore de réalisation des préparations pouvant présenter un risque pour la santé (stériles, cancérogènes-mutagènes-reprotoxiques ou destinés à l'enfant de moins de 12 ans).

Enfin, depuis une dizaine d'années, le Département met à la disposition des pharmaciens d'officine un « **Précis de réglementation applicable à l'officine** » dont la version 2016 vient d'être mise en ligne sur le site internet de l'ARS. Ce document offre un panorama complet de la réglementation applicable à l'officine avec des éléments de contexte pour une appropriation immédiate par le professionnel ainsi que des conseils et liens utiles au sujet des différentes activités exercées en pharmacie.



Quelle analyse des effets ?

Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en établissement de santé

Les missions PECM répondaient à une demande du ministère d'évaluer la PECM en établissements de santé sur une période de 4 ans. Après cette directive nationale, les missions PECM restent d'un **intérêt majeur pour les activités transversales du Département QSPharMBio** au sein de l'ARS.

En effet, les données qui en sont issues permettent d'avoir une évaluation précise de la PECM au sein de la région, ces données étant particulièrement utiles pour :

- l'étude des **rapports d'étapes** des établissements de santé dans le cadre des **Contrat de Bon Usage** des Médicaments
- l'accompagnement des établissements de santé faisant l'objet de **remarques lors du processus de certification par la HAS**. La HAS s'appuie sur les avis émis par le Département QSPharMBio (avis basés sur les constats réalisés sur site) pour la réalisation de ses propres missions de certification.

Par ailleurs, ces données sont utiles pour servir de base factuelle au déclenchement d'actions dans le cadre de la **politique régionale du médicament et des produits de santé**, développée au sein du Département.

En conséquence, du fait de la pertinence des informations ainsi collectées, ces missions PECM seront reconduites ces prochaines années et une cartographie des activités spécifiques des établissements est en cours de mise en place.

N.B. : En collaboration avec l'OMEDIT, le Département a contribué à l'élaboration du logiciel ARCHIMED d'autodiagnostic du circuit du médicament, destiné aux établissements ; ce logiciel étant un outil pour constituer les rapports d'étape dans le cadre du Contrat de Bon Usage.

Qualité et Sécurité en unités de préparation centralisée des médicaments anticancéreux

La dynamique régionale continue permet de constater une évolution d'une part sur la mise en conformité des infrastructures et d'autre part sur la mise en place de mutualisation.



En effet, parmi les 105 établissements ayant un besoin en préparations, la quasi-totalité de ceux qui réalisent les préparations en leur sein disposent d'une unité autorisée et 21 PUI (vs 13 en 2010) confient leurs préparations à un autre établissement dans le cadre d'une convention.

Néanmoins, cette activité demande à l'ARS de rester vigilante pour que soit maintenu dans la région un bon niveau des infrastructures et des pratiques de qualité.

Secteur « Officine de pharmacie »

Même si une campagne d'inspections a notamment porté sur 87 officines en 2014 sur la « permanence pharmaceutique », le Département QSPharMBio a été amené, courant 2015, à prioriser ses missions sur la réponse aux plaintes et signalements. L'activité du service a été détournée de manière à faire face à l'afflux des demandes d'autorisation de **vente de médicaments sur internet** (136 dossiers reçus – 85 sites actuellement autorisés depuis janvier 2013).

Il est prévu de poursuivre le versant accompagnement des pharmaciens d'officine en mettant en ligne d'autres documents et fiches d'aide auprès de ces professionnels de santé.

Perspectives

Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

Le vieillissement de la population, y compris des professionnels de santé, a notamment pour conséquences une **fragilisation du maillage territorial officinal**.

Un diagnostic national a été réalisé par la DGOS et les différentes ARS en 2014, l'une des conclusions étant que l'émergence de déserts médicaux peut avoir une conséquence directe sur le maillage officinal. Suite à ce premier diagnostic, une mission IGAS / IGF réalise actuellement une enquête sur cette thématique. Une telle fragilisation peut avoir un **impact en termes d'accès aux soins** et sur le **parcours global de santé des patients**.

Or, de par leurs activités de dispensation et de conseils sur les médicaments auprès des patients et l'approvisionnement des résidents en EHPAD (**préparation des doses à administrer**) ainsi que leur rôle social, les pharmaciens d'officine sont des professionnels de premier recours.

Corollaire du vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et/ou poly-médicamentés font que la **lutte contre la iatrogénie** en ville et en EHPAD doit être une priorité dans les actions de prévention de l'ARS.



Plus spécifiquement dans le domaine hospitalier, la pharmacie clinique est un des axes de la lutte contre la iatrogénie. Celle-ci sera être renforcée, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT – Cf. ci-dessous).

Interface « Ville-Hôpital »

Dans le parcours de santé des patients, l'interface « ville-hôpital » constitue un point de fragilité identifié. Le lien entre les professionnels de santé hospitalier et ambulatoire doit être renforcé par des **systèmes d'échange d'informations** et de **partenariat** entre ces professionnels (réseau ville hôpital, conciliation médicamenteuse, programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) ...).

Développer la **conciliation médicamenteuse** et le rôle du pharmacien à l'aide notamment de l'outil DP par des missions sur le terrain (en lien avec la fiche mise en œuvre de la politique du médicament et des produits de santé). La conciliation des traitements médicamenteux demande l'implication de tous les professionnels de santé pour connaître la liste exhaustive des médicaments pris par le patient à tous moments dans le parcours de soins (soin de premier recours, établissements de santé et secteur médico-social).

Les pharmaciens, experts du médicament et engagés dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, jouent un rôle prépondérant dans cette pratique. Les pharmaciens d'officine notamment, par leur connaissance du patient au quotidien, sont idéalement placés pour transmettre l'information concernant le médicament.

Pour améliorer la coordination entre les professionnels de santé, ils peuvent s'appuyer sur des outils modernes de communication. Ainsi les pharmaciens d'officine ont développé le **Dossier Pharmaceutique (DP)**; système de partage d'information entre pharmaciens d'officine, étendu aux pharmaciens hospitaliers et en expérimentation pour certains médecins hospitaliers. Le DP participe ainsi à l'obtention de la liste exhaustive des médicaments pris par le patient aidant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse et notamment la qualité de la délivrance des **prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)**.

Mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire franciliens

La constitution de chaque GHT repose sur l'élaboration d'un **projet médical partagé (PMP)** entre les établissements membres. Ce PMP doit répondre à trois enjeux définis par l'Agence :

- fluidifier les parcours des patients ;



- organiser la gradation des soins ;
- répondre aux enjeux de la démographie médicale.

Le volet Pharmaceutique est un des 8 objectifs prioritaires retenus par l'ARS ÎLE-DE-FRANCE. Le but est d'améliorer la transversalité entre les acteurs pharmaceutiques, essentiellement sur la mutualisation des axes pharmacotechniques, et ainsi de favoriser le développement de la pharmacie clinique en libérant des ressources.

Données numériques et Santé

La **vente de médicaments sur internet** (VMI) constitue un enjeu émergent depuis début 2013. Il s'agit de nouvelles habitudes de consommation des médicaments, induisant de nouveaux rapports entre les patients et leur pharmacien.

L'avènement de la VMI a été une étape marquante dans le paysage officinal français. Différents modèles plus ou moins réglementaires ont vu le jour. Nécessitant une approche transversale avec la direction de la Stratégie (qui peut apporter un soutien majeur dans la compréhension du domaine de l'Internet), l'ARS doit veiller au respect :

- du **bon usage du médicament**, y compris lors des dispensations de médicaments par voie électronique ;
- de la **confidentialité des données** à caractère personnel lors de leur transmission entre l'internaute et le pharmacien, voire un hébergeur agréé par l'ASIP Santé.

La VMI fait écho à la **révolution du numérique** dans le domaine de la santé (« Big Data », « Smart Data » ...) et à l'émergence de **objets connectés**, aux **nouvelles pratiques de suivi** des patients (télémédecine, piluliers connectés, cabine d'autodiagnostic ...) **et de recherches biomédicales** (e-CRF, nouveaux modes de recherches « ambulatoires » via Internet). L'ARS se doit d'accompagner cette révolution en assurant une vigilance particulière dans ce domaine.

En conséquence, des réorientations sont envisagées sur les différentes thématiques :

Sur le secteur ambulatoire, il avait été décidé de réaliser principalement les missions suite à signalements. Toutefois, il est envisagé de réaliser des **programmes de missions** en officines de pharmacie sur des **thématiques précises**, en accord avec les priorités du PRS. Les outils de cartographies de l'ARS seraient d'une aide importante pour sélectionner les officines de pharmacie répondant à différents critères employés lors de ce type de mission.



Dans le cadre de la lutte contre les inégalités territoriales de santé, il pourrait être envisagé de réaliser des **missions sur les zones prioritaires** telles que les zones d'implantation de CLS (critères IDH2). Ces programmes pourraient avoir pour thème les conditions de prise en charge des patients atteints de **maladies chroniques** (diabète, asthme ...) ou traités par anticoagulants **Anti-Vitamines K** (Cf. ci-dessous).

Sur le secteur des établissements de santé : Communication, mise à disposition d'outils de méthodologie et d'accompagnement en maîtrise des changements (GHT, GCS...), appels à candidatures pour les UPC, la nutrition parentérale notamment.

Autres actions

- **Évaluation transversale des traitements par Anti-Vitamines K**

Le traitement par **anticoagulants Anti-Vitamines K** est employé à la fois en **ambulatoire**, en **établissement de santé** ou **médico-social** et nécessite des adaptations de la posologie en fonction des résultats d'examen de biologie médicale (INR). Ce type de traitement révèle donc un aspect transversal et multidisciplinaire et la **prévention des événements hémorragiques** constitue un **enjeu majeur**.

Le Département QSPharMBio pourrait s'engager dans une **action coordonnée de prévention** sur ce point lors de ses missions sur site, pour apprécier le niveau d'implication des professionnels sur le suivi de ces traitements et leurs capacités de conseil et d'information auprès des patients (information sur les risques d'interactions médicamenteuses et le respect des règles hygiéno-diététiques).

- **Évaluation de la Qualité et de la sécurité des préparations de nutrition parentérale**

A l'instar des missions réalisées en établissement de santé sur les conditions de reconstitution des médicaments anticancéreux, le Département QSPharMBio va, pour l'activité de nutrition parentérale pédiatrique et néo natalogie :

- Procéder à un **diagnostic** des conditions de préparation des poches de nutrition parentérale ;
- **Concevoir des outils** pour aider les établissements de santé dans leur démarche de mutualisation ;
- Procéder à des **missions sur site** dédiées au fonctionnement des unités de préparation de nutrition parentérale.



N.B. : Des missions semblables peuvent être réalisées sur les thématiques de la stérilisation des dispositifs médicaux, les médicaments radiopharmaceutiques ...

- **Actions de communication auprès des différents opérateurs**

Concernant la prévention et la promotion de la santé, la rencontre des acteurs sur site en établissement de santé, en officine de pharmacie ou bien en laboratoire de biologie médicale est un **vecteur d'échange et de transmission de messages de l'ARS ÎLE-DE-FRANCE**, directement auprès des professionnels de santé (ex : rappel concernant les traitements par iodure de potassium, la gestion des insulines ou de dantrolène, les « never events » ...).



QUELS PRINCIPES D'APPROCHE OPÉRATIONNELLE DE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS ?

Plusieurs questions d'ordre transversal ont été évoquées par la commission prévention de la CRSA et par le groupe « inégalités de santé ». Ce dernier chapitre propose d'aborder, de façon cursive et synthétique, la question principes des leviers utilisés, explicitement ou non, en matière de réduction des inégalités de santé. .

Au sein du PRS 2013-2017, la réduction des inégalités sociales de santé et de leur traduction territoriale fondait largement les principes d'action envisagés. Mais il apparaît un décalage entre les principes et la déclinaison ultérieure.

L'analyse descriptive et l'approche compréhensive du PSRS, produisaient à la fois une mesure initiale des inégalités de santé, et une analyse de leurs mécanismes, parfaitement bien décrites, adossées à la littérature scientifique et à une appréciation documentée de la réalité francilienne. La déclinaison du schéma était également conforme aux bonnes pratiques attendues.

Cependant, l'appréhension concrète des leviers d'action disponibles était, au départ du Projet régional et de ses schémas, mal partagée.

Au décours de sa mise en œuvre, quel regard peut-on porter, globalement, sur la démarche ?

- 1- Il est difficile à ce stade de mesurer l'évolution des écarts de santé, les données étant rares, et disponibles de façon décalée par rapport au déroulement du programme. Enfin, et l'introduction le rappelait, l'évolution des écarts sociaux et territoriaux eux-mêmes dans la période rend illusoire une interprétation basée sur les seules données quantitatives disponibles. Seuls de rares secteurs (le saturnisme infantile, par exemple) font exception.
- 2- Il pourrait être attendu de l'action publique qu'elle se dote d'instruments existants et reconnus qui permettent d'évaluer l'amélioration de la réduction des inégalités sociales de santé. Des outils sont disponibles, notamment à l'étranger. Ces outils d'évaluation n'ont pas été mis en œuvre initialement.



3- Il est par contre possible de porter un regard macroscopique sur les principes énoncés dans les bilans thématiques, afin de repérer les grands mécanismes auxquels les porteurs des actions ont fait référence. Ce regard macroscopique permet de répondre à certaines questions posées par la commission prévention de la CRSA

On peut, à la lecture du document, identifier plusieurs lignes de forces. Aucune de ces lignes de force ne représente à elle seule le principe d'universalisme proportionné, ni l'intervention globale sur les déterminants sociaux, considérées comme les deux leviers majeurs. Mais cette classification permet, peut-être, de mieux réfléchir sur l'organisation du futur PRS 2.

Le traitement des inégalités par l'abord des personnes exclues ou en grande précarité

Le PRAPS initial comprenait des actions assez vastes, dont plusieurs touchaient un nombre important de franciliens en situation de fragilité sociale mais pas d'exclusion.

- Au sein du SRP l'action visant l'effet de l'exclusion ou la grande précarité sur la santé a cependant concerné les migrants et réfugiés de façon spécifique, et, au sein des actions de promotion de la santé, un segment non quantifié mais probablement conséquent des actions dans le champ de la périnatalité (PRENAP...), de la santé mentale, de la nutrition.

La lutte contre les ruptures et pour l'accès aux droits et à la santé

Là encore, la majorité des actions concernées se situe dans le PRAPS, et fait donc l'objet d'un bilan ad hoc. Mais d'autres actions visent également ce levier.

Le traitement d'un facteur considéré comme un facteur de risque et/ou un déterminant

Le débat a été posé en CRSA autour de l'habitat : il s'agit d'un déterminant majeur d'inégalités. Il est traité au sein de l'Agence comme un facteur de risque (l'habitat insalubre), alors qu'il existe une diversité d'autres angles d'approche.

L'abord méthodologique des inégalités à travers des exigences de bonnes pratiques

La montée progressive des exigences qualitatives à l'égard des promoteurs et opérateurs s'est effectuée autour d'un conditionnement du soutien au respect de bonnes pratiques.

L'abord par les territoires

Cet abord peut être consubstantiel à l'action (CLS...) ou être la façon de prioriser l'action et donc de se rapprocher d'une forme d'universalisme proportionné.

Les actions dont le contenu est de lui-même facteur de réduction des écarts

Plusieurs actions apparaissent comme « consubstantiellement » liées à une stratégie de réduction des inégalités : c'est par exemple le cas de la lutte contre la tuberculose en Île-de-France.

Ces schémas d'intervention ne sont pas exclusifs les uns des autres. Mais ils permettent de structurer l'ensemble des argumentaires proposés. Le tableau ci-dessous propose une classification, au caractère probablement un peu arbitraire, des leviers évoqués dans le bilan descriptif.

Enfin, certaines actions ne comportent pas d'« approche inégalités » explicite, ce qui n'interdit pas de s'interroger sur la légitimité de cette absence d'approche.

L'analyse proposée dans le tableau ci-dessous réfère soit aux paragraphes « inégalités sociales et territoriales » des actions, soit à d'autres informations présentes dans les fiches.

ACTION	LEVIER					
	Personnes exclues	Ruptures / accès	Déterminant social	Bonnes pratiques	Territoires	Action elle-même
CCPP						
EIS			+++ Central dans l'approche			
CLS		+ Présent dans 56 CLS	+ Education...	+ Participation usagers	+++ Géographie prioritaire	
Grand Paris			+++ Urbanisme		+ Hiérarchisation	
Habitat insalubre			+ Intervention sur habitat comme facteur de risque			+++ concerne groupes de population défavorisés
Prise en charge des migrants	+++ Accueil des réfugiés	+++ Accès aux soins ESEDA				+
Périnatalité		+ (REMI)	++ (REMI)	++ (REMI)		
Santé des jeunes	+ Collaboration jeunes suivis par la PJJ	+ Priorisation sur les Missions Locales	+ collaboration avec Education Nationale		++ Priorisation territoires CLS/PV	



BILAN

Santé des jeunes bruits amplifiés						
Santé mentale/ CLSM	+ Mise en place cellules cas complexes	+ Objet même des CLSM			+++ Financement sur territoires prioritaires CLS/PV	
ETP					+ Priorisation territoires CLS	
Qualité de l'offre en prévention						
Veille et réponse aux menaces et aux crises						
Expositions / pathologies à composante environnementale						
Infections liées aux soins, résistance aux AB						
VIH		+ Travail sur les COREVIH	++ Priorisation sur migrants		+++ Réforme implantation CEGID (mais impact limité)	
Addictions / soins résidentiels	Par construction de l'action					Soins résidentiels : par construction
Tuberculose	Equipe mobile					Pathologie concentrée sur les populations précaires
Vaccinations						
DO cancer					+ Renforcement actions de soutien dans territoires CLS/PV	
Vieillessement						
Buccodentaire	++ PASS bucco-dentaire, bus dentaire				++ Ciblage sur territoires CLS/PV	



BILAN

Santé au travail						
Diabète		+ Mise en place de réunions RCP			++ Ciblage de territoires départementaux, puis CLS	
Pressings						
Eau					Abord territorial, mais non lié au niveau social	
Survol					+ Croisement données territoriales	
Coordination des vigilances						
Politique du médicament	+ Parcours du médicament des personnes à haut risque VHC					
Prestation pharmaceutique						

Importance du facteur : + faible ; ++ moyenne ; +++ importante

Au total

Malgré le caractère arbitraire de cette classification qualitative, on observe que :

- Quelques actions sont constitutives en elles-mêmes d’une démarche de réduction des écarts, dans la totalité des cas par action en direction des personnes les plus précaires. Ce constat sera évidemment renforcé dans le bilan spécifique du PRAPS.
- La modalité d’action la plus revendiquée est celle de l’abord territorial : on mesure à cette occasion le probable effet de levier des Contrats Locaux de Santé, et l’importance qu’il y aura dans le PRS 2 à repenser leur définition géographique, en raison de l’effet amplificateur obtenu.
- L’intervention sur les déterminants sociaux de santé n’est pas totalement absente de l’action de l’Agence, mais elle reste soit insuffisante (l’habitat est essentiellement abordé comme facteur de risque spécifique, plus que comme déterminant global), soit mal documentée (l’impact de la collaboration avec le système éducatif est encore peu



BILAN

mesuré), soit lacunaire (aucune action dans le champ des politiques sociales stricto sensu). Il convient de noter cependant que des actions ne sont pas notées sur ce bilan, car n'émergeant pas au PRS initial, mais constituent des avancées importantes dans ce champ : ainsi du travail autour du Schéma régional de l'Habitat et de l'Hébergement, ou des actions relevant du PRAPS

- La difficulté essentielle vient de la faible internalisation dans les méthodes des actions des enjeux liées aux inégalités. Peu d'actions formalisent une adaptation de leur méthode pour prendre en compte les déterminants au sein même du déroulé. Par exemple, il est difficile de mesurer en quoi les programmes ETP sont réellement adaptés aux conditions de vie des patients (conditions d'emploi, de revenus, d'enclavement du domicile, etc...).

Enfin, la montée des préoccupations en termes de veille et de sécurité sanitaire, et de celles liées à la gestion des crises, doit faire réfléchir à l'interface entre ces préoccupations et les logiques d'inégalités. Les données scientifiques, notamment suite à la catastrophe d'AZF à Toulouse, montrent en effet qu'il existe une forte détermination sociale des conséquences à court et moyen termes des crises, au détriment des catégories moins favorisées. Il importera à l'avenir d'en tenir compte.



BILAN

ANNEXES

ANNEXE 1 - CLSM

Tableau 1 - CLSM qui bénéficient d'un co-financement ARSIF/ Ville

Département	Nom du CLSM	Ville
Paris (75)	Paris 5 ème	Paris
Paris (75)	Paris 6 ème	Paris
Paris (75)	Paris 7 ème	Paris
Paris (75)	Paris 8 ème	Paris
Paris (75)	Paris 10 ème	Paris
Paris (75)	Paris 11 ème	Paris
Paris (75)	Paris 12 ème	Paris
Paris (75)	Paris 13 ème	Paris
Paris (75)	Paris 14 ème	Paris
Paris (75)	Paris 15 ème	Paris
Paris (75)	Paris 16 ème	Paris
Paris (75)	Paris 17 ème	Paris
Paris (75)	Paris 18 ème	Paris
Paris (75)	Paris 19 ème	Paris
Paris (75)	Paris 20 ème	Paris
Seine et Marne (77)	Nemours	Nemours
Yvelines (78)	Trappes	Trappes
Essonne (91)	Grigny	Grigny



BILAN

Essonne (91)	CA du Plateau de Saclay	Gif-sur-Yvette, Bures-sur-Yvette, Orsay, Les Ulis, Villejust, Villebon-sur-Yvette, Palaiseau, Igny, Vauhallan, Saclay, Saint-Aubin, Villiers-le-Bâcle, Verrières-le-Buisson, Massy, Wissous
Hauts de Seine (92)	Bagneux	Bagneux
Hauts de Seine (92)	Nanterre	Nanterre
Hauts de Seine (92)	Clichy La Garenne	Clichy La Garenne
Hauts de Seine (92)	Gennevilliers	Gennevilliers
Seine-Saint-Denis (93)	Aubervilliers	Aubervilliers
Seine-Saint-Denis (93)	Aulnay sous-bois	Aulnay Sous-Bois
Seine-Saint-Denis (93)	Bondy	Bondy
Seine-Saint-Denis (93)	Montreuil	Montreuil
Seine-Saint-Denis (93)	Rosny-sous-Bois	Rosny-sous-Bois
Seine-Saint-Denis (93)	Saint-Denis	Saint-Denis
Seine-Saint-Denis (93)	Saint-Ouen	Saint-Ouen
Seine-Saint-Denis (93)	Stains	Stains
Seine-Saint-Denis (93)	Tremblay-en-France	Tremblay-en-France
Val-de-Marne (94)	Choisy-le-Roi	Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi
Val-de-Marne (94)	Fontenay-sous-Bois	Fontenay-sous-Bois
Val-de-Marne (94)	Créteil	Créteil
Val-d'Oise (95)	Val-d'Oise Est	Sarcelles, Villiers le Bel, Goussainville et Garges-lès-Gonesse
Val-d'Oise (95)	Haut Val d'Oise	Beaumont sur Oise, Bernes sur Oise, Bruyères sur Oise, Mours, Nointel, Persan, Ronquerolles, Champagne sur Oise.
Val-d'Oise (95)	CA Cergy Pontoise	Eragny/Oise, Osny, Boisemont, Cergy, Courdimanche, Jouy-le-Moutier, Maurecourt, Menucourt, Neuville/Oise, Pontoise, Puisseux-Pontoise, Saint-Ouen l'Aumône, Vauréal.

ANNEXE 2 - CANCER

CANCER : Structure des Rapports d'activité des 8 SG

	ADECA 75	ADC 77	ADMY	ADMC91	ADK 92	CDC 93	ADOC 94	PSVO
Sommaire	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Présentation SGDO	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Démographie dont démographie des PS	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Actions de communication envers partenaires ou publics spécifiques	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
DOCS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
DOCCR	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui



BILAN

Bilan financier	Non	Non	Non	Non	Oui	+/-	Non	Non
Perspectives	Oui	Non	Oui	Non sf pour communication	Oui	Oui	Oui	Non
Fiche synthétique	Non mais présence d'un résumé	Non	Non mais préambule	Non mais présence d'une conclusion	Non	Non	Non	Non
Remarques				<i>L'organisation des dépistages est dans la partie « Présentation de la SGDO » et non dans les parties dédiées aux dépistages</i>	<i>L'organisation des dépistages est dans la partie « Activité de la SGDO » et non dans les parties dédiées aux dépistages</i>			

Légende : En noir, les chapitres demandés dans le RA « standardisé » / en rouge, d'autres chapitres retrouvés fréquemment

Annexe 3

Diabète : éléments complémentaires.

Données épidémiologiques complémentaires

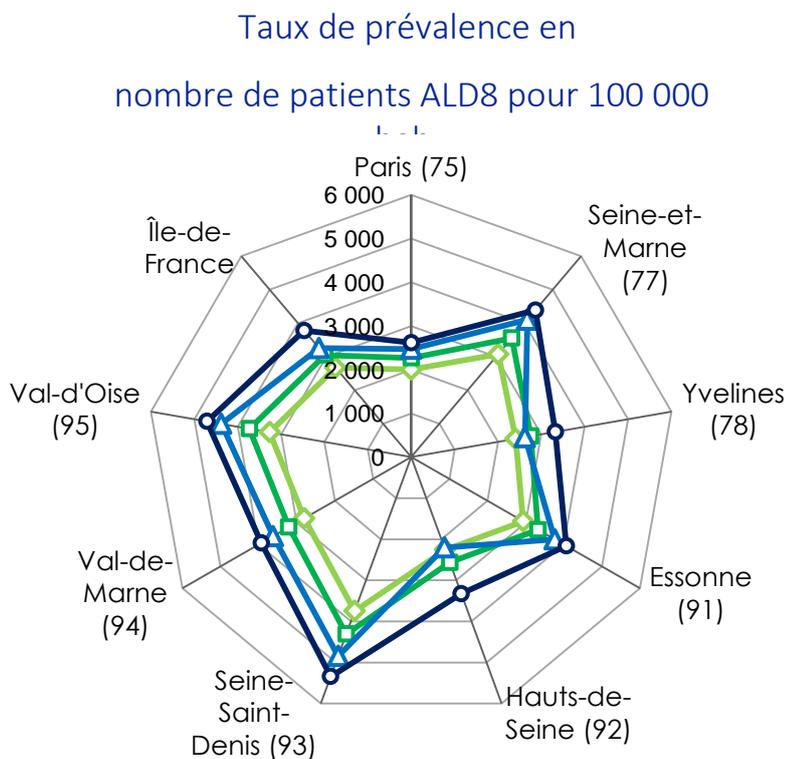
Le diabète fait partie des 3,4% des causes de mortalité par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, qui sont la huitième cause de mortalité en France

D'après les données publiées par le Cépidc³⁸, le taux comparatif de mortalité pour diabète sur la période 2009-2011 en Île-de-France est de 12,3 pour 100 000 habitants, un taux bien **inférieur à la** moyenne nationale (16,3, France entière) .

Dans la région, la Seine-et-Marne (avec un taux de 10%000), la Seine Saint-Denis (9,2%000) et le Val d'Oise (8,9%000) sont les trois départements ayant les plus forts taux de mortalité due au diabète

Le diabète est la maladie chronique qui représente la plus grande part d'Affection de longue durée (ALD) accordée par l'Assurance maladie au Régime général, soit 19% de l'ensemble des ALD (CNAMTS, 2014).

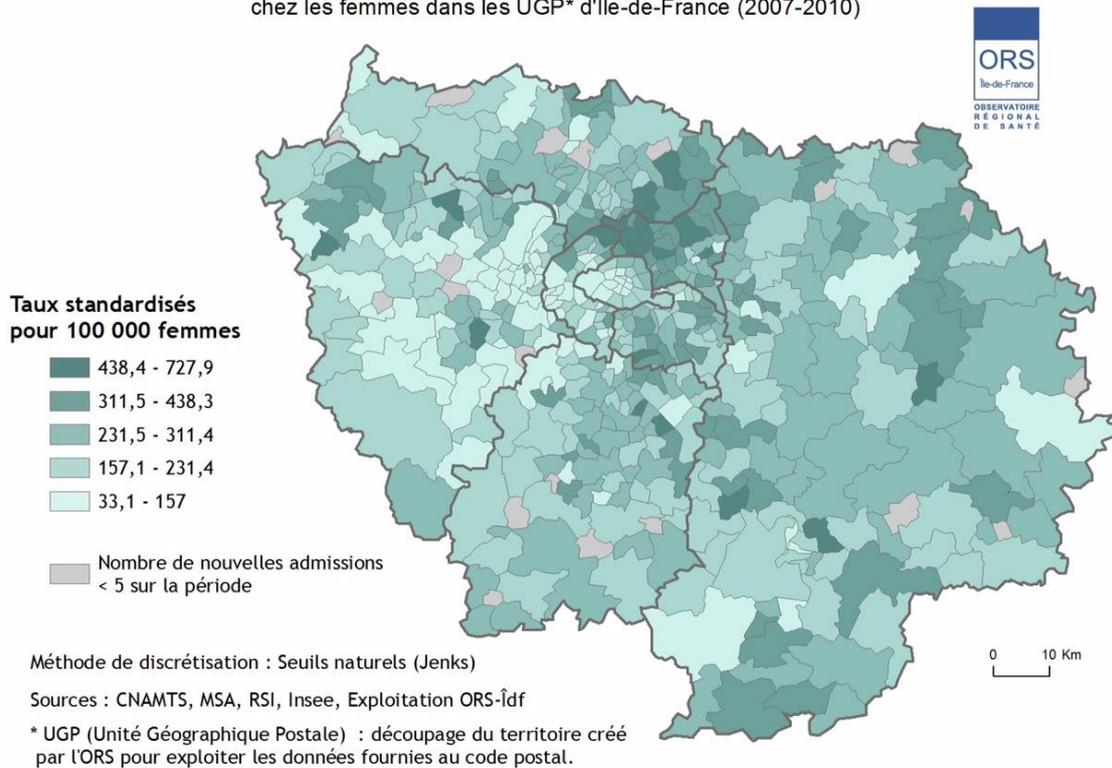
En Île-de-France, en 2012, la Seine Saint-Denis est le département ayant le plus fort taux de prévalence en ALD 8 avec un taux bien supérieur à la moyenne française : 4,8% contre 3,7% ; suivent le Val d'Oise (4,4%) et la Seine-et-Marne (4,1%).



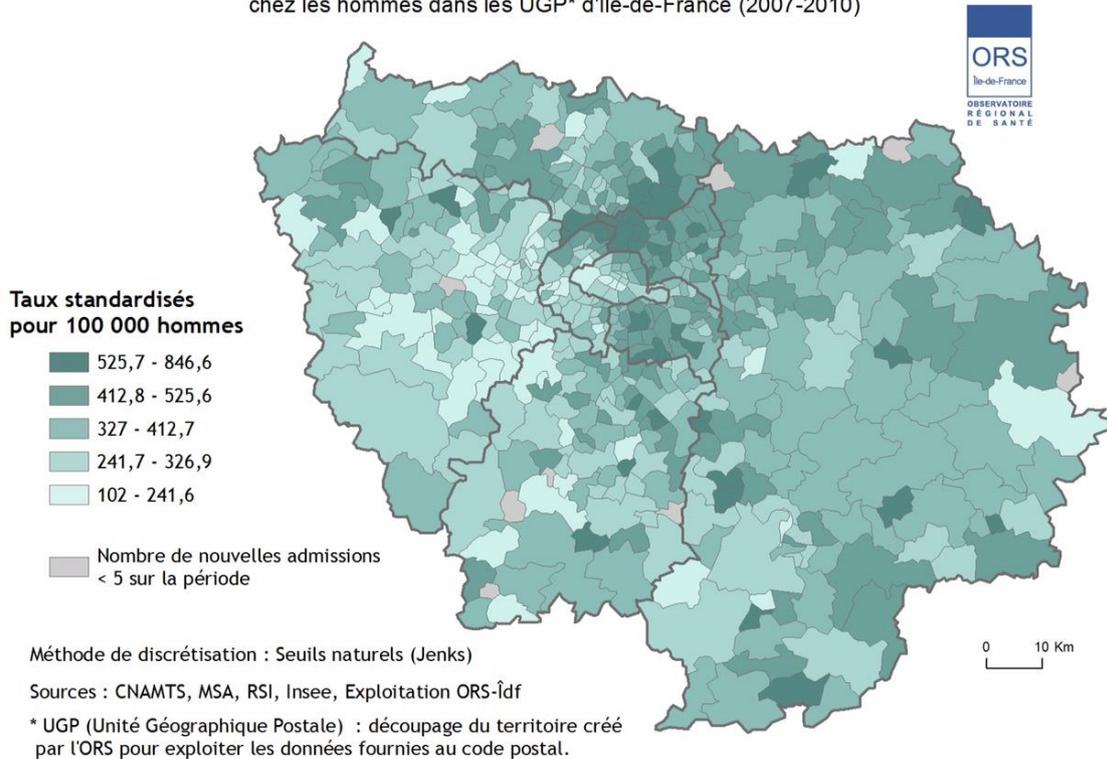
³⁸ Source : Cépidc, Inserm ; traitement : ARS Île-de-France 2014

ALD Diabète

Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète
chez les femmes dans les UGP* d'Île-de-France (2007-2010)



Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète
chez les hommes dans les UGP* d'Île-de-France (2007-2010)



Une étude a été effectuée en mai 2014 par l'institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France sur l'évolution de l'indicateur de développement humain IDH-2, indicateur qui mixe à parts égales des données de santé (espérance de vie à la naissance pour les deux sexes), d'éducation (% de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme) et de revenu (médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation).

Le détail du contenu de cet indicateur en 2011 fait apparaître que tous les départements qui sont en dessous de la moyenne de la région le sont sur les 3 paramètres santé-éducation-revenu, sauf le Val-de-Marne avec seulement 2 paramètres sur 3. La Seine-Saint-Denis est par ailleurs très en retrait sur les trois paramètres.



BILAN

IDH2 2011				
	Indice santé	Indice éducation	Indice revenu	IDH-2 2011
Seine-Saint-Denis	0,46	0,26	0,43	0,39
Val d'Oise	0,49	0,50	0,57	0,52
Val-de-Marne	0,53	0,54	0,60	0,56
Seine-et-Marne	0,46	0,56	0,60	0,54
Essonne	0,53	0,60	0,63	0,59
Yvelines	0,55	0,64	0,68	0,63
Hauts-de-Seine	0,57	0,66	0,69	0,64
Paris	0,56	0,68	0,69	0,64
Région	0,53	0,57	0,62	0,57

Source : www.secoures-catholique.org



Le diabète gestationnel en Seine Saint Denis

Le diabète gestationnel en Seine Saint Denis³⁹ par analyse des données de l'assurance maladie: La fréquence du diabète estimée à partir des ALD (Affections de Longue Durée) et des remboursements pendant la grossesse ou dans les 6 mois précédents est de 8,4% dans la population étudiée de Saint Denis. Or la prévalence brute en 2012 du diabète traité chez les femmes de 20-40 ans du département était de 0,75%, et les taux de diabète gestationnel habituels dans la littérature seraient de 3 à 6%, portant le taux attendu au maximum à 6,75%. Cet écart de près de 2 points par rapport au taux observé pourrait correspondre soit à des diabètes pré-gestationnels méconnus ou non traités, soit à un fort taux de diabète gestationnel. Il est à noter que la prévalence du diabète en population générale sur le département de Seine Saint Denis est parmi les plus élevée de France métropolitaine (5,3% taux brut 2012, et 6,9% taux standardisé sur la population française, à partir des seules consommations médicamenteuses).

Indicateurs de santé maternelle : projet RÉMI

Taux de diabète gestationnel (naissances domiciliées)

Taux	2010	2011	2012	2013
Paris	6,1	6,1	6,5	7,7
Seine-et-Marne	4,5	4,4	5,2	6,3
Yvelines	5,1	4,8	5,0	6,0
Essonne	5,2	5,6	6,6	8,1
Hauts-de-Seine	5,0	5,0	5,5	6,3
Seine-Saint-Denis	7,6	7,7	8,6	10,3
Val-de-Marne	6,7	6,9	8,5	10,2
Val-d'Oise	6,4	7,0	8,3	9,8
Île-de-France	5,9	6,0	6,8	8,1

Source : PMSI exploitation PERINAT-ARS IF

Taux calculé pour 100 accouchements domiciliés.

Il s'agit de données extraites des résumés de séjours anonymisés (RSA) produits dans les différentes unités hospitalières. Il convient donc de préciser que les chiffres présentés sont le reflet du codage et peuvent différer de la réalité. L'évolution sur les dernières années peut résulter d'un meilleur enregistrement de ces cas.

³⁹ RÉMI : Projet régional pour Réduire la Mortalité Infantile et périnatale en Ile de France (2012-2017)



Le projet Rétinopathie diabétique

Constat : Un dépistage insuffisant (près de 40% des diabétiques ne sont pas dépistés depuis plus de 2 ans) et qui n'augmente pas* (source AM : données ROSP (C d'ophtalmo ou réalisation FO, < 2 ans) à fin décembre : 2011 (61,3%) - 2012 (61,5%) - 2013 (61,4%) - 2014 (61,3%)

Des besoins de soins ophtalmologiques croissants : prévalence croissante du diabète (+5,4%/an)

Des difficultés d'accès au dépistage notamment délai de RDV plus marquées sur les territoires du projet diabète et notamment sur le 77.

En 2014, 14 520 examens de dépistage ont été réalisés.

- 28% des patients adressés à l'ophtalmologiste (Les patients sont orientés vers un ophtalmologiste lorsqu'il est diagnostiqué une rétinopathie diabétique, une pathologie (ou suspicion) autre ou lorsque que les images transmises sont ininterprétables).
- Dans 72 % des cas le patient était à revoir dans un an.
- Dans 1.45 % des cas les patients ne rentraient pas dans le cadre du dépistage.

En 2015, mise en place d'un soutien des 8 CMS participant à ce dépistage par convention pluriannuelle(DSP). 7 CMS ont répondu favorablement.

CMS	Eligibilité	montant
ST OUEN	volet 1-2-3	6000 euros
ST FARGEAU	REFUS	REFUS pour 2015 A revoir en 2016
GENNEVILLIERS	volet 1-2	4800 euros
PANTIN	volet 2	2400 euros
LA COURNEUVE	volet 1-2	4800 euros
CHAMPIGNY	volet 1-2-3	6000 euros
MALAKOFF	volet 1-2	4800 euros
AUBERVILLIERS	volet 1-2-3	6000 euros



Education thérapeutique du patient (ETP)

En Île-de-France en 2015, 706 programmes sont autorisés auxquels s'ajoutent 62 projets expérimentaux.

80 % d'entre eux (85 % en 2011) fonctionnent en établissement public ou privé. 297 programmes en activité relèvent de l'APHP, soit 53 % des programmes hospitaliers, alors même que la prise en charge des malades chroniques doit relever de la médecine de ville.

Cet état des lieux met en évidence une disparité territoriale : 66 % des programmes dispensés le sont à Paris et dans les communes de la petite couronne.

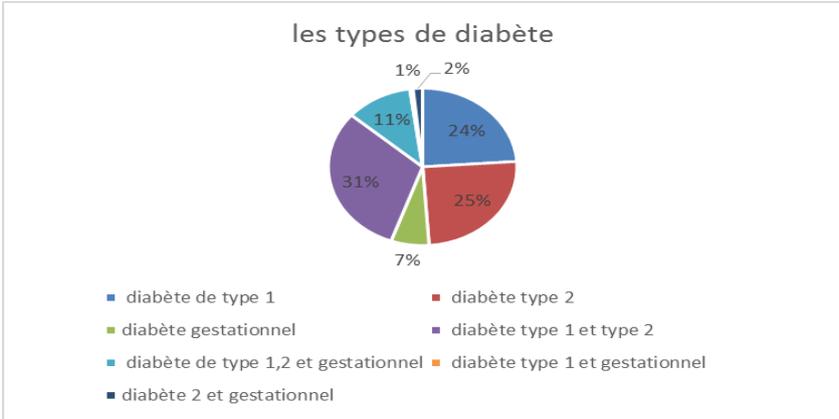
A contrario, 34 % sont dans les autres départements, avec de larges zones non couvertes, telles que le sud des Yvelines et de l'Essonne, le nord et l'ouest du Val-d'Oise, ainsi que l'est et le sud de la Seine-et-Marne.

Il existe **232 programmes d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques** tout confondus. Environ 18 % des patients franciliens diagnostiqués diabétiques sont pris en charge dans les programmes d'ETP.

58% des diagnostics éducatifs concernent le diabète.

Thématique	Nombre de programmes	Nombre de diagnostics éducatifs réalisés en 2014
Asthme	41	5932
Diabète type 1	45	2288
Diabète type 2	47	7500
Diabète gestationnel	12	4618
Diabète tout type	128	60787
AVC	11	1332
Maladies cardiovasculaires	69	19889
Insuffisance rénale chronique	27	3502
VIH	42	9202
Hépatites	26	4158
Cancers	21	2468
Maladies neurologiques	35	5965
Obésité	11	1915
TOTAL	515	129556

Source : données issues des demandes de renouvellement des programmes autorisés entre décembre 2010 et décembre 2011



Résultats campagne de co-dépistage du diabète et de la maladie rénale 2015

	Global	75	92	93	94	77	78	91	95
Effectif	5948	751	512	826	751	393	727	632	843
Femme	68,7%	66,6%	67,6%	65,1%	69,9%	69,5%	71,0%	72,9%	68,1%
Age median	49	53	49	49	50	45	48	49	47

	Global	75	92	93	94	77	78	91	95
IMC 25 - 30 kg/m²	32,8%	31,5%	28,1%	36,4%	34,6%	28,6%	32,7%	33,6%	33,1%
IMC > 30 kg/m²	18,2%	16,5%	19,8%	24,5%	17,2%	16,2%	16,8%	17,3%	16,7%

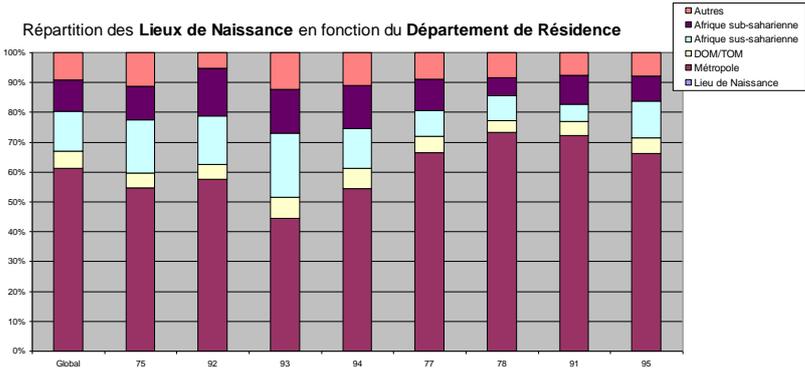
Glycémie > 2 g/l	1,5%	1,4%	4,8%	2,1%	2,2%	2,0%	1,3%	0,8%	1,1%
----------------------------	-------------	------	-------------	-------------	-------------	-------------	------	------	------

Protéinurie > 0,3 g/l	16,0%	14,4%	16,2%	23,0%	15,9%	13,0%	12,1%	12,2%	20,3%
Protéinurie > 1 g/L	3,7%	2,3%	4,8%	5,5%	3,6%	1,9%	2,7%	2,9%	5,6%

Inégalité sociales

1- Lieu de naissance

Sujets nés en métropole : + faible à Paris et dans les départements de la petite couronne (à l'exception des Hauts de Seine)



2- Couverture médicale

Présence d'un Médecin traitant pour > 94% des personnes

3- Couverture sociale

Présence d'une prise en charge par l'Assurance maladie pour > 93% des personnes, 4,8% en CMU/AME et 1% sans couverture sociale

4- Inégalités de répartition des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire / diabète / maladie rénale

Facteurs de risque personnels en fonction du département

	Global	75	92	93	94	77	78	91	95
HTA	21,3%	26,6%	19,3%	24,2%	20,8%	15,7%	21,0%	19,0%	19,9%
Tabac	23,0%	18,4%	18,6%	22,9%	23,2%	23,6%	26,3%	26,9%	25,6%
Maladie cardio-vasculaire	7,9%	10,6%	6,7%	6,9%	7,8%	5,5%	8,5%	8,5%	6,9%
Diabète	6,7%	8,0%	6,0%	8,3%	7,7%	3,9%	7,4%	4,6%	5,2%
Diabète gestationnel	8,0%	7,3%	10,8%	10,9%	6,3%	5,4%	4,8%	11%	12,4%

+ HTA : Paris / Seine Saint Denis

+ Diabète : Seine Saint Denis / Seine et Marne et Yvelines

+ Maladie cardio-vasculaire : Paris / Yvelines et Essonne

5- Surpoids et obésité

Seine Saint Denis

6- Hyperglycémie / protéinurie

2 départements plus fortement impactés : Seine Saint Denis / Val d'Oise

Budget du projet régional diabète (hors guide du promoteur)

Le projet a bénéficié pour la mise en œuvre des actions sur le parcours du patient diabétique d'un budget FIR DSP en 2015 et 2016 (hors budget guide du promoteur) à hauteur respectivement de 66.479 € (réalisé) et de 134.000 € sollicités.

Projet diabète 2015	Montants réalisés 2015	Commentaires
Action inter URPS sur 6 territoires cibles : 1-sensibilisation des PS, 2-animation d'une journée de dépistage et d'ateliers pratique pour le public 3-dépistage en officine pendant un mois	26 676 €	Action de prévention des libéraux en partenariat avec 5 URPS Prévisionnel : 32 000€
Soutien aux CMS réalisant des dépistages de la rétinopathie diabétique par télémedecine	34 800 €	7 CMS soutenus sur 8 CMS (1 refus + non éligibilité à tous les critères du cahier des charges) Conventions pluri annuelles Prévisionnel : 48 000€
Campagne de co-dépistage	5 003 €	Prévisionnel : 6 000€
Total projet diabète	66 479 €	Prévisionnel : 86 000 €

Projet diabète 2016	Montants prévisionnels 2016	Commentaires
Coordination et suivi post-accouchement des femmes ayant déclaré un diabète gestationnel	5 000 €	Nouvelle action Action en lien avec le projet Rémi et le réseau périnatalité 95 Sur deux maternités du 95
Expérimentation d'une coordination ville –hôpital sur le Val d'Oise	40 000 €	Nouvelle action Améliorer l'articulation ville –hôpital à l'entrée, pendant le séjour et à la sortie de l'hôpital Eviter les re-hospitalisation CH Gonesse
Action inter URPS sur 6 territoires cibles : 1-sensibilisation des PS, 2-animation d'une journée de dépistage et d'ateliers pratiques pour le public 3-dépistage en officine pendant un mois	35 000 €	Renouvellement de l'action 2015 En partenariat avec 5 URPS



BILAN

Soutien aux CMS réalisant des dépistages de la rétinopathie diabétique par télémedecine	48 000 €	Poursuite de l'action 2015 Choix de 8 nouveaux CMS
Campagne de co-dépistage	8 000 €	reconduction de l'action 2015
Total projet diabète	136 000 €	



Bilan des actions régionales guide du promoteur en 2014 et 2015

Thématique Diabète

Les caractéristiques des actions de prévention financées en **2015** sur la thématique diabète:

4 actions financées

- portées par 3 promoteurs
- pour un montant total de 85 000€
- principalement sur le département du 75, 91
- types d'interventions : prévention collective
- Public visé : praps

Les caractéristiques des actions de prévention financées en **2014** sur la thématique diabète:

2 actions financées

- portées par 2 promoteurs
- pour un montant total de 31 200 €
- sur le département du 91, 93
- types d'interventions : prévention collective et action globale de prévention
- Public visé : praps

Thématique Nutrition y compris lutte contre l'obésité

Les caractéristiques des actions de prévention financées en **2015** sur la thématique nutrition y compris lutte contre l'obésité:

113 actions financées

- portées par 91 promoteurs (45% collectivités ; 51% associations)
- pour un montant total de 1 543 000 €
- principalement sur le département du 91, Région, 77
- types d'interventions : 68 % de prévention collective, 18 % d'actions globales de prévention, 9% d'actions d'accompagnement-orientation
- Public visé : adultes : 29% des actions, enfants : 28% ; particulièrement les familles en situation de précarité et de vulnérabilité sociale (33%) et les Personnes en situation d'obésité, de diabète (18%)

Les caractéristiques des actions de prévention financées en **2014** sur la thématique nutrition y compris lutte contre l'obésité:

110 actions financées

- portées par 87 promoteurs (69% collectivités ; 31% associations)
- pour un montant total de 1 463 227 €
- principalement sur le département du 93, 94, Région
- types d'interventions : 68 % de prévention collective, 24 % d'actions globales de prévention, 5% d'actions d'accompagnement-orientation
- Public visé : jeunes : 26% des actions; particulièrement le public praps (27%), les scolaires-périscolaires (23%),



BILAN

Thématique personnes âgées – 2015

Thématique	% d'actions	Montant de financement
Nutrition	9%	58 200 €

Thématique : personnes en situation de handicap

Nutrition	25%	37 600 €
-----------	-----	----------

Thématiques : jeunes

Nutrition	5%	91 300 €
-----------	----	----------

Annexe 4

Volet 3 du projet SURVOL

Croisement des caractéristiques socioéconomiques des populations et des données environnementales sur l'air et le bruit

Le projet SURVOL concerne 299 communes soit 2,17 millions d'habitants sur 2 zones d'étude : autour de Paris-Orly d'une part, à proximité de Paris-Charles de Gaulle et du Bourget d'autre part.

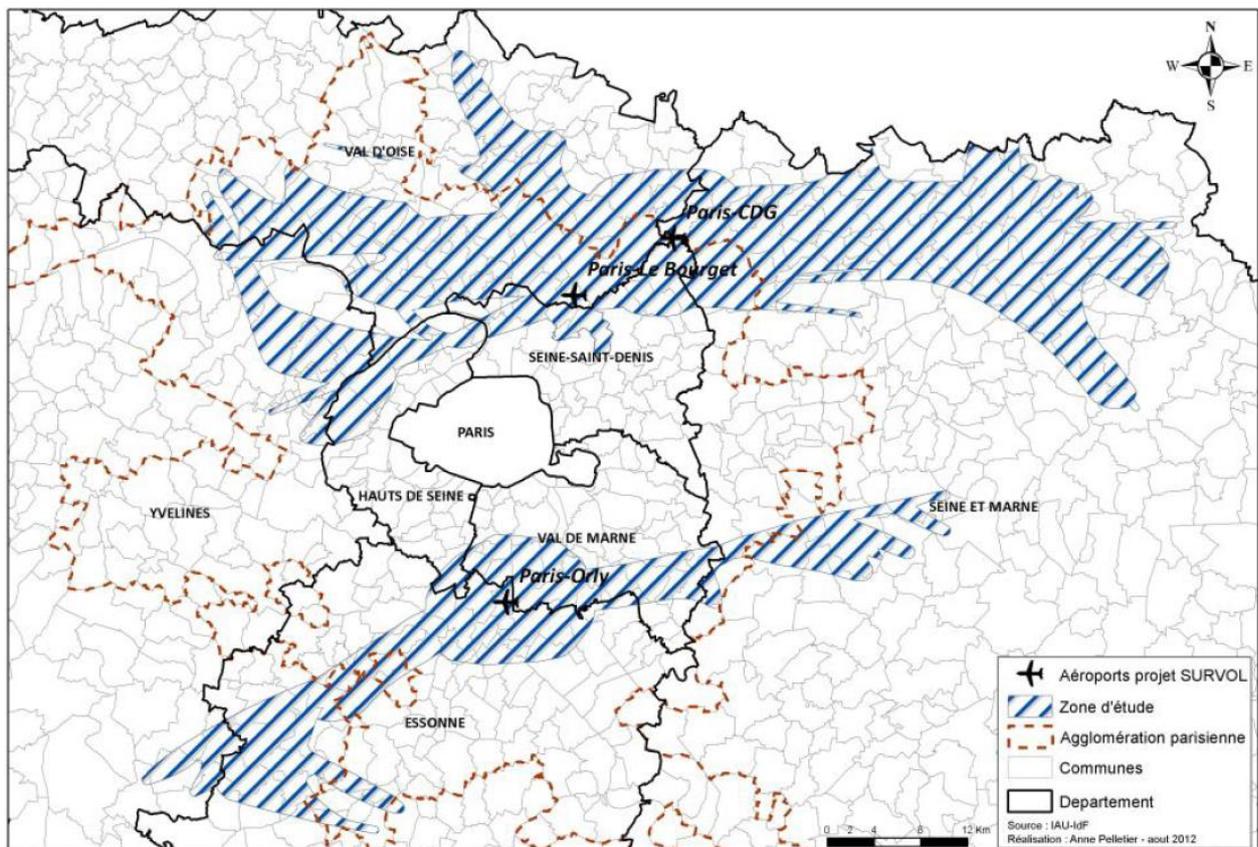


Figure 3 : Zones d'étude du projet SURVOL

L'indice de Townsend a été retenu comme indice socio-économique traduisant la défaveur sociale. Il est composé de 4 variables :

- Part de chômeurs dans la population active
- Part de résidences principales occupées par plus d'une personne par pièce
- Part de résidences principales dont le ménage occupant n'est pas propriétaire
- Part de ménages sans voiture

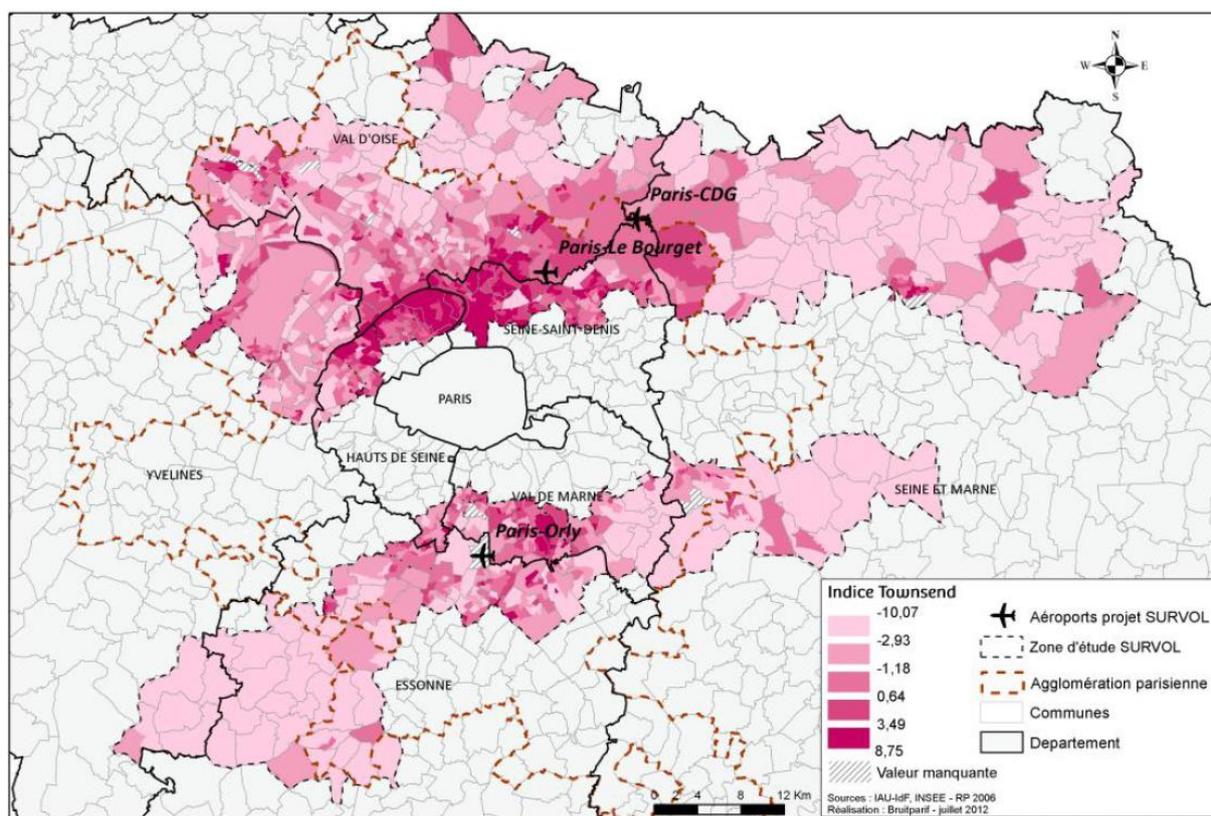


Figure 4 : Valeur de l'indice de Townsend en 2006, par IRIS

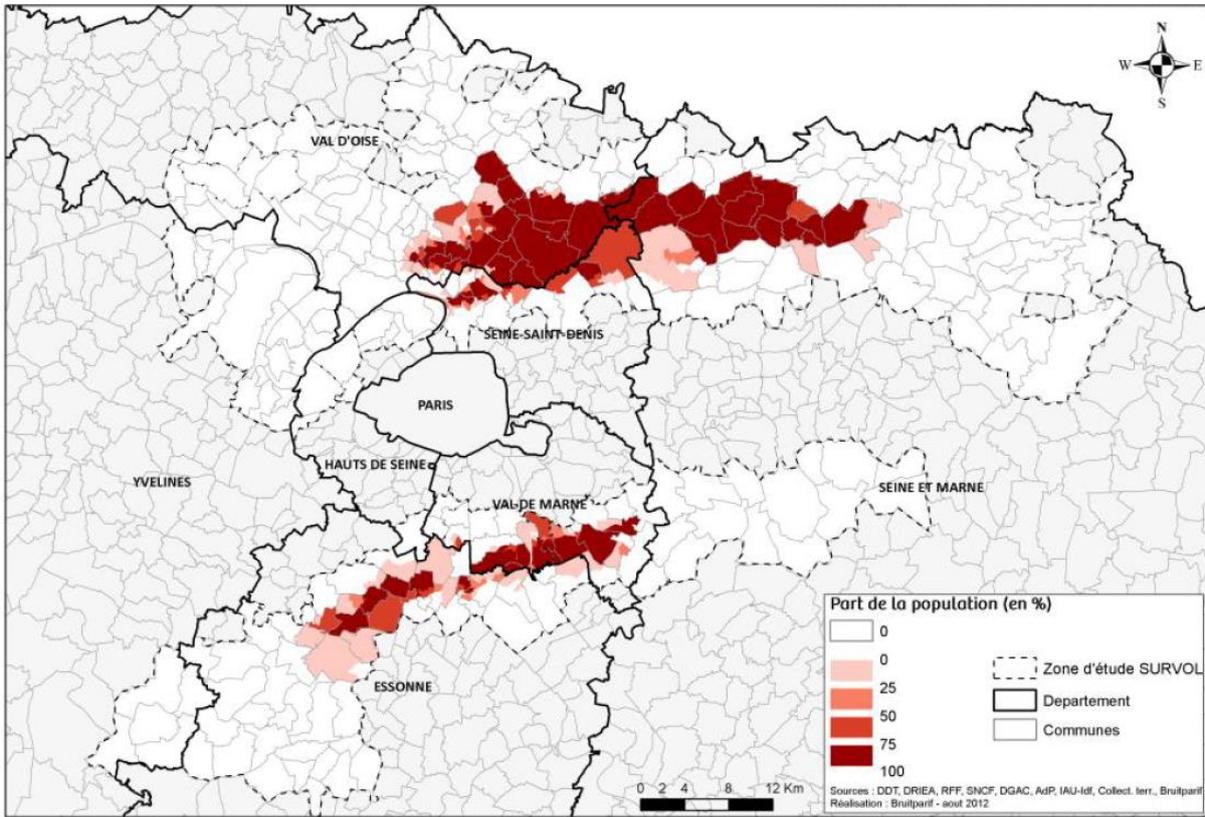


Figure 5 : Population exposée à un dépassement de la valeur limite pour les bruits des aéronefs en 2006, par IRIS
Indicateur Lden, valeur limite 55 dB(A)

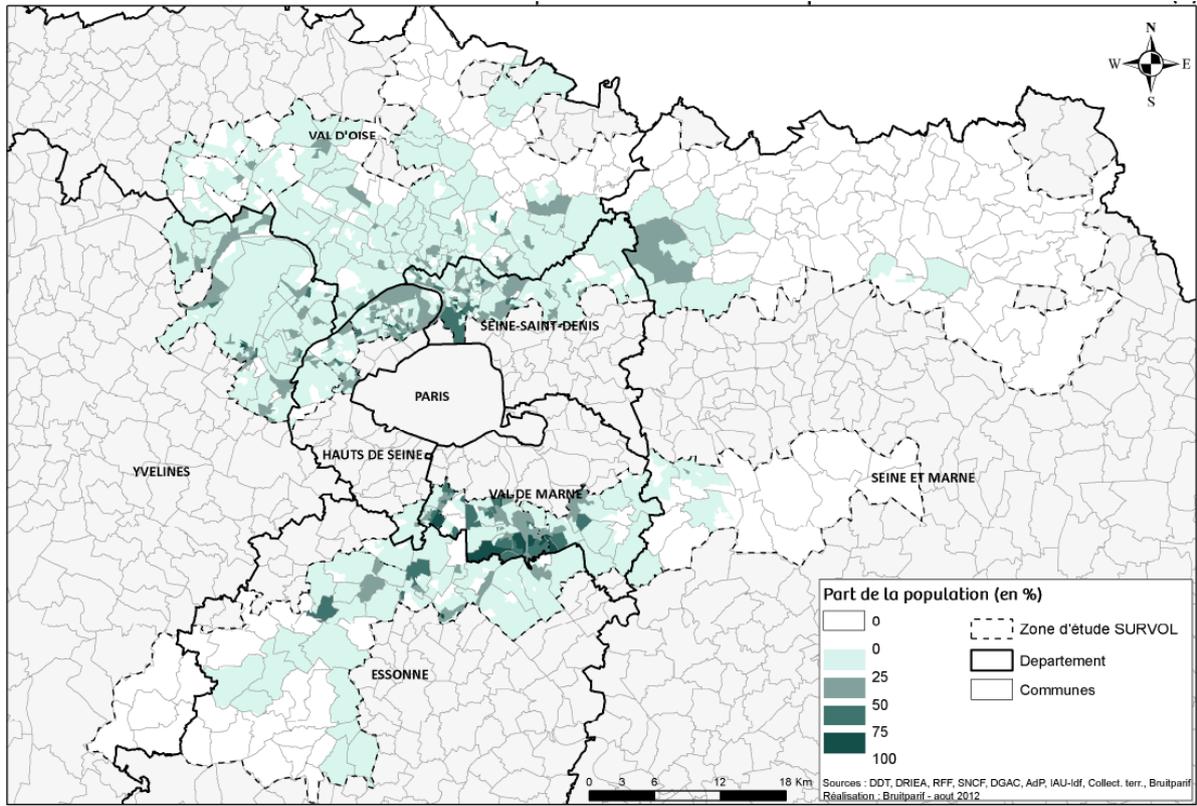


Figure 6 : Population multi-exposée (bruit routier, ferré et des aéronefs) en 2006, par IRIS indicateur de multi exposition « Miedema » - Lden équivalent route - valeur limite : 66 dB(A)

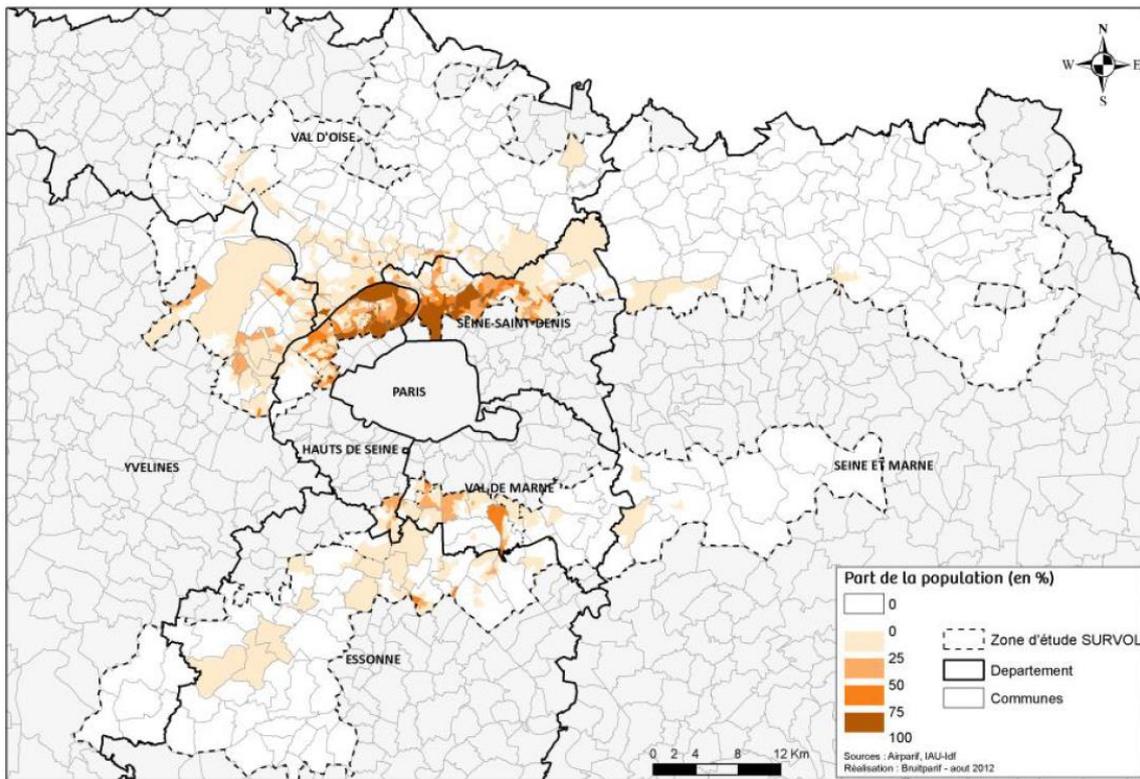


Figure 7 : Population exposée à un niveau de dioxyde d'azote (NO₂) supérieur à 40 µg/m³ (objectif de qualité) en 2006, par IRIS

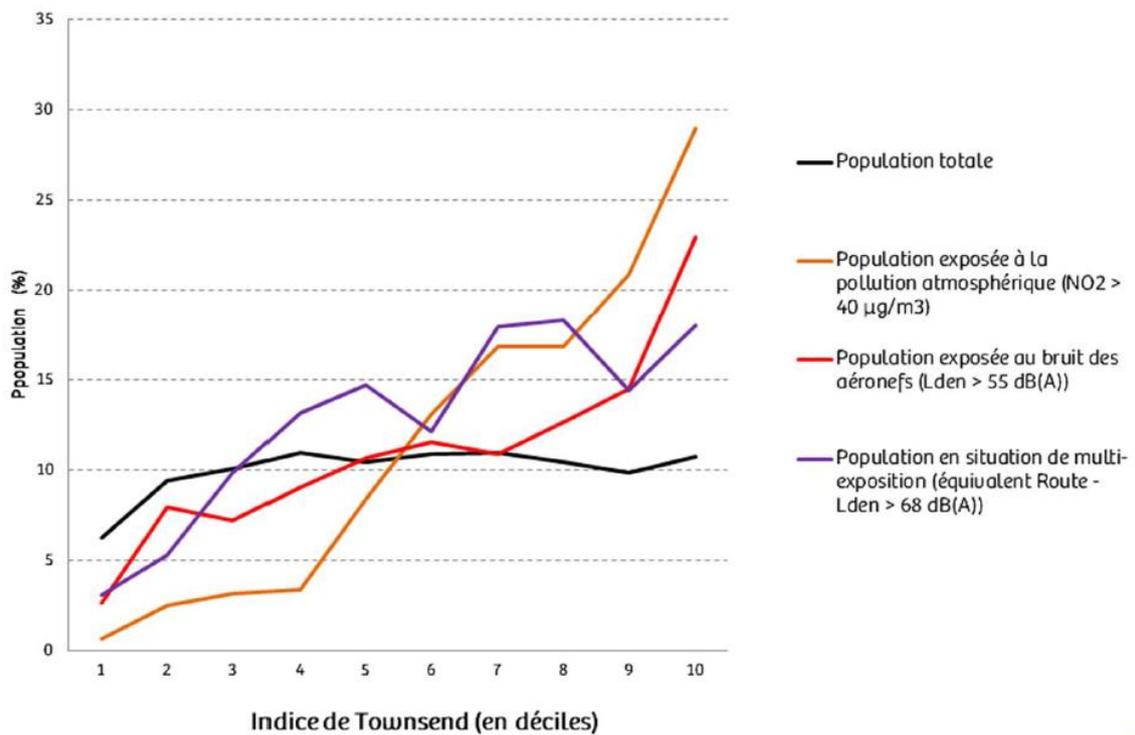


Figure 8 : Population exposée par variables environnementales en fonction du décile de l'indice de Townsend de l'IRIS de résidence

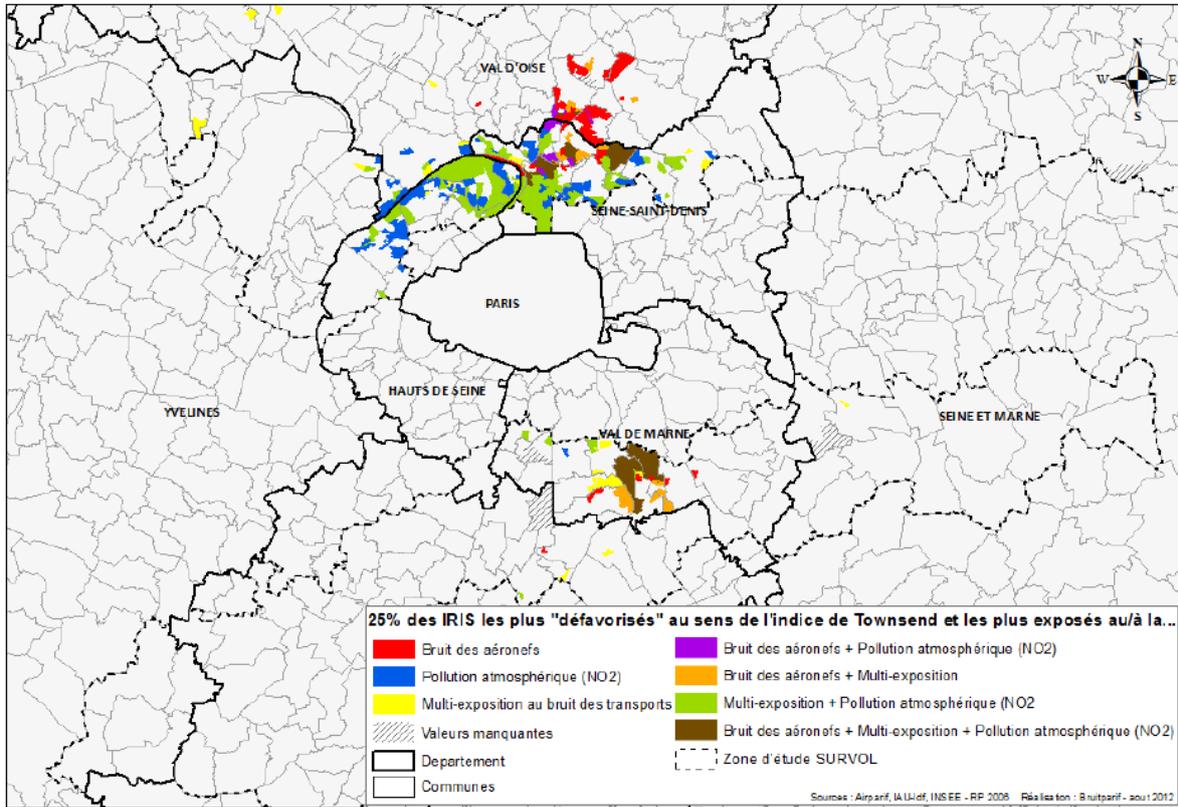


Figure 9 : Défavorisation et sur-exposition aux nuisances sonores et à la pollution atmosphérique en 2006, par IRIS

Annexe 5 – Missions locales

Activité des missions locales :

Source : Atlas 2015 des Missions locales	16/25 ans	jeunes reçus en entretien/an	Dont jeunes reçus pour la 1ère fois	Caractéristique du territoire
75 Paris	330 577	26 577	9974	1 commune
77 Coulommiers	10 699	1770	908	70 communes, 23 idh2 < 0,52
77 Mistry Mori	12 176	1362	706	24 communes IDH2 < 0,52
77 Nemours	16 596	2095	1017	78 communes Nemours ville en CLS
77 Chelles	9889	1246	556	6 communes
77 Montereau	5014	1465	528	4 communes
77 Provinois	8480	1473	635	96communes
78 Sartrouville	16 823	1405	778	6 communes CLS Sartrouvi
78 St Germain	16 691	753	453	Pas de CLS/ mais un CLSM
91 les Ulis	14 887	1500	876	94 communes
92 Nanterre	13 152	2036	1054	1 communes CLS, quartiers politique de la ville
93 Bagneux	19 141	2415	1275	4 communes
93 St Denis	19 608	3444	1782	2 communes
93 Epinay	17514	3242	1514	4 communes
93 Clichy	7689	1505	603	1 commune
93 Bobigny	23 352	4125	1920	3 communes IDH 0,25 Bobigny Drancy / blanc Mesnil idh2 inf. 0,34
93 Sevran	17 794	2861	1273	3 communes
95 Beaumont	9869	1885	842	3 communes id inf. 0 ,52
95 Sarcelles	40 958	7051	3082	40 communes la plupart idh2 < 0,50
95 Argenteuil	17 460	2943	1532	2Communes Idh2 < 0,40
95 Cergy	37 949	4009	1872	81 communes
95 Taverny	9138	1064	542	8 communes
95 Franconville	26 346	2214	1751	12 communes, une commune Id inf. à 50 mais ilots de pauvreté
95 Deuil la barre	21 548	2160	1179	16 communes



Annexe 6 – Bilans infirmiers

Données sur les bilans infirmiers d'orientation réalisés entre octobre 2015 et mars 2016*

* Analyse épidémiologique réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Profil sanitaire et social des migrants/réfugiés rencontrés : mieux connaître pour adapter l'offre de services

27 centres d'hébergement d'urgence ont été visités : 11 en Île-de-France hors Paris et 16 dans Paris. Le taux de participation est d'environ 50%.

Parmi les 845 bilans réalisés, **87% concernent des migrants présents depuis moins de 18 mois**. Plus de 80% de ces personnes sont originaires de trois pays : le Soudan (40%), l'Afghanistan (32%) et l'Erythrée (12%). La part des femmes est faible (3%). La moyenne d'âge est de 29 ans.

En termes de parcours migratoires, pour les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, la **durée médiane de migration est de 13 mois**.

Concernant **l'accès aux services de santé**, un **quart** des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois ont une **couverture sociale maladie** (information disponible pour 49%). A propos de leur **recours aux soins**, plus de 70% disent avoir vu un médecin il y a moins d'un an, 10% déclarent avoir vu un professionnel de santé mentale, 13% disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, et 7% s'être vues opposer un refus de soins depuis qu'elles sont en France.

Plus de la moitié des migrants se déclarent en **« bon ou très bon » état de santé (55%)**, **34%** considèrent que **c'est « moyen »** et **12%** se déclarent en « mauvaise ou très mauvaise santé ». Ce ressenti diffère selon le pays d'origine. Cependant, un type de **problème de santé chronique** a été déclaré par **16%** des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, dont 17% en cumulent au moins deux. **Les symptômes et plaintes somatiques non chroniques** sont très fréquents, **77%** des personnes se plaignent d'au moins un type de symptôme, les plus fréquents étant les problèmes buccodentaires (32%) et la sensation de fatigue générale (31%).

Au moins un **symptôme psychologique** (troubles du sommeil, idées noires, crises de larmes, irritabilité), a été rapporté par **57%** des personnes en France depuis moins de 18 mois.

Les orientations sanitaires : concernent la majorité de la population et sont plus rares en urgence

Les infirmier(e)s ont identifié au moins un besoin d'orientation sanitaire pour **75%** des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois (dont 6% en urgence), et pour 70% de celles arrivées en France depuis plus longtemps. **Un tiers** des personnes ont émis le souhait de rencontrer un psychologue. Les structures les plus sollicitées à Paris en cas d'orientation vers un médecin généraliste sont **des PASS des services hospitaliers et des centres de santé** situés à proximité du centre d'hébergement. Quand il s'agit de rencontrer un psychologue ou un psychiatre, les EMPP (équipes mobiles psy précarité) sont les structures spécialisées les plus mentionnées.



Conclusion : des besoins de santé manifestes

Cette surveillance met en évidence l'**importance** des besoins de santé de ces personnes qui peuvent être différents selon le pays de naissance et ainsi la pertinence de ces bilans sanitaires infirmiers. L'offre pour répondre à ces besoins reste à adapter, notamment au niveau des structures hospitalières (PASS) qui offrent un accueil inconditionné mais n'ont pas été prévues pour faire face à cet afflux de personnes.

Guisao A, Jangal C, Riou F. Profil socio-sanitaire et besoins de suivi sanitaire des personnes migrantes et réfugiées accueillies dans les centres d'hébergement d'Île-de-France. Juillet 2016. Observatoire du samusocial de Paris.

Agence régionale de santé Île-de-France

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

iledefrance.ars.sante.fr

