RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Agir pour la santé des Franciliens

Plan d'action 2023-2028

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
2023
2028
ÎLE-DE-FRANCE

RÉVISION JUIN 2025

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Le présent schéma régional de santé est composé de deux parties

PARTIE 1
AXES ET PROJETS DE TRANSFORMATION 33

Axe 1. Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens 35

Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients 103

Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité 215

Axe 4. Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France 277

Axe 5. Gérer, anticiper et prévenir les risques 307

Axe 6. Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques 347

Focus : Jeux olympiques et paralympiques 2024 383

PARTIE 2
FOCUS TECHNIQUES 401

Volet 1. Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation 403

Volet 2. Permanence des soins en établissements de santé 741

Volet 3. Laboratoires de biologie médicale 765

Sommaire

Le mot de la Directrice générale 10

Synthèse du schéma régional de santé 13

Introduction 26

PARTIE 1 AXES ET PROJETS DE TRANSFORMATION 33

Axe 1. Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens 35

Fiche 1.1. Renforcer le pouvoir d'agir des habitants, des usagers et des citoyens 39

Fiche 1.2. Agir sur tous les déterminants de la santé périnatale 46

Fiche 1.3. Promouvoir la santé des enfants 51

Fiche 1.4. Agir contre les inégalités de santé chez les adolescents et les jeunes 56

Fiche 1.5. Promouvoir la santé des femmes 61

Fiche 1.6. Développer une politique de promotion de la santé mentale 65

Fiche 1.7. Promouvoir la santé sexuelle 68

Fiche 1.8. Renforcer la stratégie vaccinale régionale 73

Fiche 1.9. Réduire l'incidence de la tuberculose en Île-de-France 77

Fiche 1.10. La santé des personnes détenues 81

Fiche 1.11. Lutter contre les conduites addictives 85

Fiche 1.12. Promouvoir et valoriser les connaissances en santé publique et la culture de prévention auprès des usagers, des professionnels et des décideurs 91

Fiche 1.13. Développer et favoriser la recherche interventionnelle pour co-construire les connaissances et améliorer l'intervention en santé publique 96

Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients 103

Fiche 2.1. Clarifier les missions des acteurs de la coordination et en faciliter le recours 109

Fiche 2.2. L'innovation, levier d'évolution des pratiques et des prises en charge 115

Fiche 2.3. Accompagner les parcours de santé des personnes âgées 120

Fiche 2.4. Mieux accompagner le parcours de vie des personnes en situation de handicap 125

Fiche 2.5. Accompagner les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes (PHV) 132

Fiche 2.6. Soutenir et accompagner les aidants dans leur parcours 136

Fiche 2.7. Mieux structurer les prises en charge en santé mentale 140

Fiche 2.8. Améliorer les parcours périnatalité 147

Fiche 2.9. Prévenir, dépister et structurer les prises en charge de personnes atteintes de cancer 153

Fiche 2.10. Assurer la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie dans tous les territoires 159

Fiche 2.11. Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité 166

Fiche 2.12. Améliorer la prévention et la prise en charge du diabète de type 2 171

Fiche 2.13. Renforcer les filières de prise en charge de l'endométriose 176

Fiche 2.14. Améliorer le parcours des patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive 179

Fiche 2.15. Mieux structurer les prises en charge spécialisées en soins médicaux et de réadaptation (SMR) 184

Fiche 2.16. Renforcer la structuration du parcours des personnes atteintes de maladies neurologiques et neuro-dégénératives 187

Fiche 2.17. Améliorer le parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique 193

Fiche 2.18. Mieux structurer le parcours de santé des enfants et des adolescents 199

Fiche 2.19. Promouvoir une bonne santé bucco-dentaire 203

Fiche 2.20. Développer un parcours de prise en charge spécifique des usagers de crack (cocaïne basée) 208

Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité 215

Fiche 3.1. Faciliter l'accès aux professionnels de santé en ville sur l'ensemble du territoire 221

Fiche 3.2. Soutenir la prise en charge coordonnée des patients entre les professionnels de santé, particulièrement dans les zones les plus déficitaires 226

Fiche 3.3. Renforcer l'offre de prise en charge des soins non programmés tout en améliorant la coordination des moyens entre l'hôpital et la ville 230

Fiche 3.4. Favoriser une plus grande gradation des soins et une meilleure coopération dans la stratégie territoriale des établissements de santé franciliens 235

Fiche 3.5. Accompagner l'évolution des plateaux médico-techniques pour répondre aux besoins dans une logique de gradation 241

Fiche 3.6. Augmenter le don d'organes et le don du sang en Île-de-France 245

Fiche 3.7. Transformer et renforcer l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées 249

Fiche 3.8. Agir pour déployer un plan de développement massif et inclusif de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 254

Fiche 3.9. Poursuivre le déploiement de l'offre médico-sociale pour les personnes en difficultés spécifiques, en soin résidentiel et en équipes mobiles 259

Fiche 3.10. Investir pour répondre aux grands enjeux et priorités en matière de santé et d'accès aux soins, territoire par territoire 263

Fiche 3.11. Accélérer la transformation numérique des organisations du système de santé 267

Fiche 3.12. Mobiliser les professionnels et les usagers pour améliorer la qualité et la pertinence des soins 273

Axe 4. Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France 277

Fiche 4.1. Connaître et anticiper : l'Observatoire régional des ressources humaines en santé 284

Fiche 4.2. Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle 287

Fiche 4.3. Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières 292

Fiche 4.4. Soutenir l'engagement des professionnels de santé 299

Fiche 4.5. Intervention et organisations spécifiques en période de tensions 304

Axe 5. Gérer, anticiper et prévenir les risques 307

Fiche 5.1. Renforcer les moyens d'anticipation et de réponse aux alertes pour garantir qualité et sécurité des prises en charge 312

Fiche 5.2. Déployer les dispositifs de planification de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et d'atténuation des effets de la crise 318

Fiche 5.3. Renforcer la cyber-résilience du système de santé 324

Fiche 5.4. Inscrire dans les politiques régionales l'adaptation du système de santé aux changements climatiques et l'atténuation de ses impacts 329

Fiche 5.5. Anticiper l'évolution des besoins par une mobilisation des données, savoirs et recherche 336

Fiche 5.6. Renforcer la lutte contre l'antibiorésistance sous l'angle « Une seule santé » 341

Axe 6. Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques 347

Fiche 6.1. Développer les coalitions d'acteurs agissant pour l'amélioration des déterminants de la santé des Franciliens 351

Fiche 6.2. Systématiser l'intégration des enjeux de santé mentale dans la déclinaison territoriale des partenariats de l'Agence 357

Fiche 6.3. Améliorer l'impact en santé dans les territoires défavorisés 361

Fiche 6.4. Renforcer l'équité en santé dans l'urbanisme et l'aménagement du territoire francilien 364

Fiche 6.5. Mieux se loger comme déterminant de santé : créer les conditions d'habitat et de logement favorables à la santé des publics défavorisés, et développer leurs capacités d'agir 369

Fiche 6.6. Renforcer l'accès et la pratique d'activité physique pour rompre les inégalités de santé 374

Fiche 6.7. Renforcer les comportements nutritionnels et l'accès à une alimentation favorable à la santé pour rompre les inégalités de santé 378

Focus : Jeux olympiques et paralympiques 2024 **383**

Capitaliser sur la dynamique olympique pour améliorer la prévention et la santé des Franciliens 384

Glossaire **389**

PARTIE 2 FOCUS TECHNIQUES 401

Volet 1. Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation **403**

Fiche 1.1. Activité de médecine 409
Médecine de l'adulte
Médecine de l'enfant et de l'adolescent

Fiche 1.2. Activité de chirurgie adulte et pédiatrique (hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie des cancers) 424

Fiche 1.3. Activités de périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale) 437

Fiche 1.4. Activité de psychiatrie 452

Fiche 1.5. Activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) 468

Fiche 1.6. Activité de médecine nucléaire 485

Fiche 1.7. Activité de soins de longue durée 494

Fiche 1.8. Activité de greffe d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques (à l'exception des greffes exceptionnelles) 501
Organes et tissus
Cellules souches hématopoïétiques

Fiche 1.9. Activité de traitement des grands brûlés 511

Fiche 1.10. La cardiologie hospitalière 516

Fiche 1.11. Activité de chirurgie cardiaque 518

Fiche 1.12. Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie (cardiologie interventionnelle) 523

Fiche 1.13. Activité de neurochirurgie 539

Fiche 1.14. Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI) 544

Fiche 1.15. Activité de médecine d'urgence 551

Fiche 1.16. Activité de soins critiques 563
Modalité Adultes
Modalité Pédiatrique
Soins intensifs de cardiologie
Soins intensifs neuro-vasculaires
Soins intensifs d'hématologie

Fiche 1.17. Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale 604

Fiche 1.18. Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal 619
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP)
Activités de dépistage et diagnostic prénatals

Fiche 1.19. Activité de traitement du cancer 639

Fiche 1.20. Activité de génétique constitutionnelle 664

Fiche 1.21. Activité d'hospitalisation à domicile (HAD) 669

Fiche 1.22. Activité de radiologie interventionnelle 679

Fiche 1.23. Équipements d'imagerie en coupe 685

Fiche 1.24. Caisson hyperbare 693

Fiche 1.25. Cyclotron à utilisation médicale 695

Fiche 1.26. Annexe – Arrêté de zonage 700

Volet 2. Permanence des soins en établissements de santé 741

Le schéma régional de PDSES s'appuie sur un cadre juridique réformé dont la mise en œuvre a donné lieu à une réflexion approfondie avec les acteurs de la région

Les principes d'élaboration du schéma de permanence des soins en établissement de santé

Spécialités accompagnées

Volet 3. Laboratoires de biologie médicale 765

Le secteur de la biologie médicale en Île-de-France : constats et enjeux

La délimitation du zonage en biologie médicale

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Sommaire

Le mot de la Directrice générale

Le précédent projet régional de santé (PRS) a été percuté de plein fouet par une crise sanitaire sans précédent. Pour autant, le bilan et l'évaluation pointent la réalisation de transformations et d'avancées structurantes pour le système de santé francilien. Il reste néanmoins du chemin à parcourir et l'Agence ne pourra pas relever seule ces défis. Les dernières années ont mis en exergue la nécessité d'un travail partenarial dans nos territoires et il convient que, collectivement, nous capitalisions sur ces enseignements.

Pour cette nouvelle édition du schéma régional de santé, qui va constituer la feuille de route de la santé en Île-de-France pour les cinq prochaines années, il était donc encore plus important de mobiliser l'ensemble des partenaires et des instances de démocratie en santé pour son élaboration. Il est le fruit d'un travail collectif de près de douze mois, enrichi de plusieurs dizaines de contributions reçues au cours de la période de consultations.

J'ai souhaité que ce document soit à la fois stratégique et opérationnel afin qu'il puisse servir de guide et de référence sur toute la durée du projet. En termes de méthode, le maître mot de ce PRS aura été la co-construction pour que nos objectifs convergent avec ceux de nos partenaires ainsi qu'avec les attentes des Franciliens. Il en sera de même dans sa mise en œuvre. Nous avons préféré modérer nos ambitions, pour les formuler en termes plus précis et mesurables à cinq ans. C'est l'objectif de la trentaine d'indicateurs de suivi, resserrés sur nos priorités régionales.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Si le nouveau PRS s'inspire évidemment du PRS2 rédigé en 2017 et de son évaluation, l'ARS entend également, et c'est inédit, capitaliser sur les avancées importantes permises par le Conseil national de la refondation (CNR) en santé qui s'est mis en place à l'hiver 2022. À ce titre, chaque axe mentionne des mesures issues du CNR Santé qui seront déployées au cours des mois et années à venir.

Le PRS est composé de six axes irrigués par plusieurs priorités qui constituent des fils rouges, qu'on ne doit, à aucun moment, perdre de vue :

- **Trois ambitions socles** et qui irriguent l'ensemble des programmes et projets déployés à l'échelle régionale :
  - la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
  - le renforcement du pouvoir d'agir des citoyens vis-à-vis de leur santé, en particulier pour les patients,
  - la territorialisation des interventions de l'Agence au plus près des besoins et l'adaptation des modalités d'intervention ;
- **Trois priorités transversales** de ce PRS :
  - le renforcement de l'attractivité des ressources humaines en santé en Île-de-France, qui devient un axe stratégique à part entière,
  - la poursuite de la structuration des parcours de santé et la lutte contre les ruptures de parcours,
  - la lutte contre le changement climatique et la prise en compte de la dimension environnementale de la santé, en étroite articulation avec le plan régional santé environnement (PRSE) 4 ;
- **Deux priorités d'intervention thématiques** :
  - l'amélioration de la santé mentale des Franciliens, notamment des jeunes,
  - l'action sur l'ensemble des déterminants de la santé périnatale.

Enfin, ce projet régional de santé est publié à la veille des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, événement d'ampleur inédite en Île-de-France. Au-delà des mesures liées à l'anticipation de risques sanitaires potentiels, je souhaite que l'héritage de cet événement soit un véritable catalyseur et un accélérateur des territoires en faveur de la pratique sportive pour tous les Franciliens.

L'élaboration du PRS est une première étape importante, mais la marche suivante est pour moi primordiale : celle de la mise en œuvre territorialisée et du suivi. C'est pourquoi, au-delà de la publication du PRS, je m'engage avec mes équipes à maintenir la dynamique amorcée dans la phase d'élaboration pour poursuivre avec l'ensemble de nos partenaires, les instances de démocratie en santé et les usagers, la co-construction des modalités de mise en œuvre de ce schéma, leur déploiement, leur adaptation et leur évaluation.

Un « contrat de méthode », établi avec la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), scellera et concrétisera cet engagement de co-construction dès la publication du PRS afin de rendre opérationnelle notre stratégie pour une meilleure santé en Île-de-France.

C'est grâce à nos forces réunies, à notre volonté partagée et à notre confiance mutuelle que nous pourrons, j'en suis convaincue, relever les défis que nous nous sommes fixés pour les cinq prochaines années.

Synthèse du schéma régional de santé

La troisième version du schéma régional de santé (SRS) résulte d'un travail collaboratif de plusieurs mois avec l'ensemble de nos partenaires, fondé sur le partage de la situation francilienne à début 2023, l'identification des enjeux communs et la détermination d'objectifs à atteindre dans les cinq années à venir.

Elle constitue ainsi la **feuille de route de référence pour les politiques de santé en Île-de-France,** qui doit permettre de mettre en œuvre des actions thématiques prioritaires ainsi que la répartition optimale de l'offre sanitaire en établissements sur le territoire francilien (cf. volet opposable « Activités de soins autorisées et permanence des soins »).

Cinq ans après la mise en œuvre du deuxième projet régional de santé (PRS), **l'organisation du système de santé francilien a profondément évolué et ce nouveau document en tient compte.** Un travail important a notamment été réalisé sur la structuration des parcours de santé, la coordination des professionnels, l'effectivité du virage ambulatoire, le renforcement du pouvoir d'agir des patients ou encore le déploiement d'outils numériques. Ces projets devront être poursuivis d'ici 2028 et viser l'atteinte de la maturité, notamment en ce qui concerne la structuration des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'articulation entre la ville et l'hôpital, le renforcement des modalités d'exercice coordonné, les missions des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou encore le déploiement des outils numériques.

Fin 2023, **l'Île-de-France demeure pour autant une région où les disparités territoriales sont plus marquées qu'ailleurs** (cf. diagnostic régional du COS). Ce constat a été au cœur des travaux d'élaboration du nouveau SRS : persistance voire accentuation d'inégalités sociales et territoriales de santé, acuité du phénomène de désertification médicale au sein de l'écrasante majorité des territoires, dynamique préoccupante d'un certain nombre de déterminants de santé, pour certaines populations, certains territoires ou certaines pathologies. C'est notamment le cas de la santé périnatale, en particulier des niveaux de mortalité infantile, de l'évolution de la santé mentale, ou plus spécifiquement de la santé des jeunes ou des populations les plus précaires. **Ces fragilités continueront de faire l'objet d'un investissement particulier,** notamment au sein des territoires qui présentent un cumul de vulnérabilités. Elles ont irrigué les travaux relatifs aux six axes du SRS ainsi qu'aux mesures prévues par le PRAPS et constituent des actions prioritaires reprises dans l'ensemble du projet régional de santé.

C'est donc d'abord à partir d'un diagnostic exhaustif de l'état de santé des Franciliens que ce plan d'action a été bâti, afin d'établir des consensus sur les priorités d'action. Il a également été **construit à l'aune des chocs et des crises que la région a traversés depuis le PRS2 et des retours d'expérience** effectués depuis : pandémie de Covid-19 puis campagne vaccinale, crise des urgences et plus globalement de la démographie médicale et paramédicale, occurrence de cyber-attaques, tensions hospitalières saisonnières ou récurrence d'événements climatiques exceptionnels, prise en charge de populations fragiles (réfugiés ukrainiens, afghans, mises à l'abri de personnes migrantes, etc.). **Il s'inscrit enfin dans le cadre de programmes d'actions nationaux mis en œuvre au cours des dernières années,** déclinés notamment dans la stratégie nationale de santé (SNS), le Ségur de la santé, la feuille de route du numérique en santé, le plan national santé-environnement, etc. Il s'inscrit également dans le cadre de la dynamique de concertation impulsée par le volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) dont l'ambition est de faire émerger des mesures au plus proche des besoins des territoires, notamment depuis les conseils territoriaux de santé à l'échelle départementale et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) à l'échelle régionale.

Tout au long de son élaboration, **le projet régional de santé s'est par ailleurs appuyé sur des contributions nombreuses**, visant à la fois à partager des éléments de diagnostic que des priorités d'actions. Elles émanent notamment de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales franciliennes (conseils départementaux, communes) ou de contributions d'usagers. Elles ont permis de confirmer un partage global de la situation en Île-de-France, dans ses forces comme dans ses faiblesses. **Le sondage réalisé fin 2022 qui visait à identifier les attentes des Franciliens vis-à-vis du système de santé ainsi que l'enquête auprès des habitants de quartiers Politique de la Ville, organisée par La Fédé pour identifier leurs besoins et priorités de santé, ont également joué un rôle déterminant**. L'Agence régionale de santé s'engage à réitérer ces démarches auprès des citoyens de manière régulière au cours des cinq années à venir et à en communiquer les résultats.

Conçu comme un outil opérationnel, ce projet régional de santé n'a pas vocation à décliner l'exhaustivité des missions et des interventions de l'ARS Île-de-France, mais bien à **dresser des priorités qui seront portées par l'Agence et ses partenaires au cours des cinq ans à venir :**

- **Trois ambitions socles** qui doivent irriguer l'ensemble des programmes et projets déployés à l'échelle régionale :
  - la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
  - le renforcement du pouvoir d'agir des citoyens vis-à-vis de leur santé, et des patients en particulier ;
  - la territorialisation des interventions de l'Agence et l'adaptation de ces dernières aux spécificités territoriales franciliennes.

Ces principes ont présidé à l'élaboration des actions du présent PRS et constituent également des modalités de mise en œuvre qui feront l'objet d'un suivi attentif aux cours des cinq ans à venir.

- **Trois priorités transversales** aux secteurs sanitaire et médico-social :
  - le renforcement de l'attractivité des ressources humaines en santé en Île-de-France ;
  - la poursuite de la structuration des parcours de santé et la lutte contre les ruptures de parcours ;
  - la lutte contre le changement climatique et la prise en compte de la dimension environnementale de la santé, en étroite articulation avec le PRSE 4.

Ces priorités sont transverses car elles constituent les conditions d'atteinte des objectifs fixés pour les champs sanitaire et médico-social, pour l'exercice en ville comme en établissement.

- **Deux priorités d'intervention thématiques :**
  - l'amélioration de la santé mentale des Franciliens, notamment des jeunes ;
  - l'action sur l'ensemble des déterminants de la santé périnatale.

Le diagnostic régional a fait ressortir des enjeux forts sur ces deux thématiques et le besoin de prioriser les moyens d'action sur ces sujets, qui constituent donc des fils rouges pour lesquels un suivi particulier sera mis en œuvre.

Sont également traitées de manière multifactorielle des problématiques transverses et qui constituent des sources de préoccupation pour l'Agence comme pour ses partenaires. C'est notamment le cas de la **question du handicap**, abordée autant sous le prisme de l'accès aux droits et aux soins, de la place des aidants, de la prise en charge spécifique des personnes âgées vieillissantes ou de la mise en œuvre d'un plan de développement de l'offre massif et inclusif (plan Inclus'IF 2030), c'est-à-dire de solutions apportées aux personnes souffrant de handicap. C'est également le cas des **outils permettant une meilleure prise en charge à domicile**, traités à la fois sous le prisme de la coordination des parcours (rôle des DAC), de l'adaptation de l'offre (constitution d'équipes mobiles, notamment en soins palliatifs), d'adaptation des structures pour personnes âgées ou personnes

handicapées, ainsi que de déploiement d'innovations numériques ou organisationnelles. **La santé des jeunes** est également une priorité régionale en raison des multiples signaux d'alerte et de l'incidence de tels enjeux sociétalement et à long terme. Cette thématique est prise en compte dans son ensemble : déterminants de la santé périnatale, promotion de la santé des enfants, la lutte contre les inégalités de santé chez les jeunes et les adolescents, la santé mentale chez les jeunes (cf. fiches 1.2, 1.3, 1.4, 1.6), parcours périnatalité et enfants et adolescents (cf. fiches 2.8 et 2.18). Des actions en faveur des jeunes sont également présentes dans des fiches de l'axe 6 (pratique d'activités sportives, comportements nutritionnels et alimentation…).

6 axes stratégiques & 63 actions doivent décliner ces orientations

Axe 1 - Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Les 13 fiches de cet axe proposent un cadre d'action visant à renforcer le **déploiement des programmes agissant sur les déterminants de santé,** qu'il s'agisse de prévention individuelle ou collective. Elles visent par ailleurs à **renforcer le pouvoir d'agir des Franciliens,** c'est-à-dire à se doter des connaissances ou des savoir-faire permettant d'améliorer leur état de santé, de mieux maîtriser leur parcours de santé et de contribuer à l'élaboration des politiques de santé. L'atteinte de cet objectif repose également sur le bon fonctionnement des instances de démocratie en santé, en particulier les conseils territoriaux de santé, la CRSA et les représentants d'usagers. Elle repose par ailleurs sur les Contrats locaux de santé, ainsi que sur la participation active des collectivités territoriales (communes, EPT et EPCI, conseils départementaux). En particulier, sont traités dans cet axe les leviers permettant d'améliorer la prévention en périnatalité et en santé mentale (cf. fiches 1.2 et 1.6), la couverture vaccinale (1.8) ou la lutte contre les addictions (1.11). **Des approches par types de populations considérées comme devant faire l'objet d'un investissement spécifique sont également prévues : les enfants et les jeunes, les femmes** (avec un focus sur l'accès à l'IVG et la lutte contre les violences faites aux femmes), les personnes détenues.

Axe 2 - Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

18 parcours prioritaires ont été identifiés par l'Agence et ses partenaires et font l'objet d'une déclinaison au sein de cet axe. Leur identification résulte d'un travail partagé avec l'Assurance maladie, les différentes filières et les représentants d'usagers. L'objectif des fiches-actions est **d'assurer une meilleure coordination entre professionnels de la santé, du médico-social ou le cas échéant du secteur social, la meilleure structuration de filières de soins** (du dépistage à l'aval hospitalier) et une plus grande lisibilité pour les patients et leurs aidants. Cet axe vise notamment à clarifier l'articulation entre dispositifs chargés d'assurer la coordination de certains parcours, dont les DAC (cf. fiche 2.1), et promouvoir les instruments innovants (cf. fiche 2.2). **Les autres champs traités concernent le parcours santé mentale et périnatalité, priorités thématiques pour les cinq années à venir** (cf. fiches 2.7 et 2.8), ainsi que la cancérologie, le parcours de certaines maladies chroniques ou encore des thématiques telles que la santé bucco-dentaire. L'amélioration du parcours de santé des personnes handicapées et des personnes âgées est également traitée spécifiquement ainsi que celle des aidants (cf. fiches 2.3, 2.4, 2.5 et 2.6). **La question de la fin de vie est notamment abordée sous le prisme de l'évolution de l'offre en soins palliatifs** – en établissement comme à domicile – (cf. fiche 2.10). Elle sera complétée en fonction des évolutions législatives en cours.

Axe 3 - Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Complémentaire des objectifs quantitatifs d'offre de soins (cf. volet opposable « Activités de soins autorisées et permanence des soins »), cet axe **fixe les orientations permettant de mieux mettre en adéquation l'offre sanitaire et médico-sociale et les besoins identifiés au sein des territoires franciliens.** Il vise à doter le système de santé régional de l'ensemble des leviers, moyens et outils permettant d'accroître la qualité et la performance des parcours de prise en charge des patients dans un souci de **réponse aux besoins du territoire et de réduction effective des inégalités sociales de santé.** Ses actions s'articuleront avec les travaux en cours sur le renforcement de **l'exercice coordonné,** pilotage en partenariat avec l'Assurance maladie. Cet axe traite en outre des **problématiques d'accès à l'offre** et vise à faciliter l'identification de l'offre en soins primaires (dont la médecine de ville et l'exercice coordonné (cf. fiches 3.1 et 3.2) et en soins non programmés (dont le service d'accès aux soins (SAS), fiche 3.3). Une fiche 3.6 est consacrée à la problématique du don d'organes et du don du sang en Île-de-France. Plusieurs fiches traitent de la transformation de l'offre médico-sociale, et **en particulier du plan de développement massif et**

Le présent schéma régional de santé est composé de deux parties Synthèse du schéma régional de santé

inclusif de l'offre à destination des personnes handicapées en Île-de-France – plan Inclus'IF 2030 – (cf. fiches 3.7 et 3.8). D'autres, enfin, prévoient la mise en œuvre de leviers de transformation plus globale du système de soins en ville, à l'hôpital et dans le médico-social, notamment grâce à l'accélération du déploiement des outils numériques (cf. fiche 3.11) ou de démarches visant à **garantir la qualité et la pertinence des soins** (cf. fiche 3.12).

Axe 4 - Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

L'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social est plus que jamais un enjeu prioritaire pour l'ARS Île-de-France pour réduire les **tensions existantes sur les ressources humaines en santé.** Qu'il s'agisse de l'exercice en établissement de santé, médico-social ou en ville, le déficit de professionnels est particulièrement marqué en Île-de-France et a déjà fait l'objet de la mise en œuvre de plans d'action tous secteurs confondus, visant notamment à pallier l'effet « démographie » (départs à la retraite), le manque d'attractivité spécifique de certains territoires, les difficultés de logement des soignants ou encore les phénomènes d'abandon en cours de formation. **Cet axe constitue l'un des domaines d'action prioritaire pour les cinq années à venir.** Les cinq fiches-actions proposées visent à poursuivre le déploiement des actions de valorisation et de sensibilisation aux métiers de la santé et de l'accompagnement (cf. fiche 4.2), promouvoir les formations et les métiers de la santé (cf. fiche 4.2 et 4.3) ou prévoir les organisations spécifiques en périodes de crise ou de tension (cf. fiche 4.5).

Axe 5 - Gérer, anticiper et prévenir les risques

La mission d'anticipation et de gestion de crise de l'Agence régionale de santé est essentielle à la prise en compte de situations sanitaires exceptionnelles en Île-de-France, comme l'ont notamment mis en lumière la crise du Covid-19 ou d'autres événements comme des attentats de masse ou des phénomènes climatiques extrêmes. Cette mission va au-delà, puisqu'elle implique de **déployer des moyens de détection des risques** dans le cadre de programmes de surveillance ou d'inspection-contrôle (cf. fiche 5.1), de **renforcement de la cybersécurité à l'échelle régionale** (cf. fiche 5.3) ou de mobilisation de données à des fins de surveillance épidémiologique ou sanitaire et d'anticipation (cf. fiche 5.5). Cet axe propose également des actions visant à compléter les interventions de l'Agence, **en traitant tout particulièrement de l'adaptation du système de santé régional au changement climatique** (cf. fiche 5.4).

Le présent schéma régional de santé est composé de deux parties Synthèse du schéma régional de santé

Axe 6 - Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

La santé des personnes repose très majoritairement sur des facteurs extérieurs à l'offre de soins comme **l'alimentation, l'activité physique, l'éducation, l'habitat ou encore les transports**. Ainsi, de nombreuses politiques publiques portées par l'État, les administrations déconcentrées, les agences, les établissements publics et les collectivités territoriales ont une incidence sur la santé et le bien-être des populations. Cet axe formalise la manière dont les partenariats avec ces acteurs seront renforcés ou développés, notamment dans les domaines de la nutrition (cf. fiche 6.7) ou du **sport-santé** (cf. fiche 6.6), et où les **coalitions d'acteurs** doivent être soutenues (cf. fiche 6.1).

Focus : Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024

Enfin, à la veille des **Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024**, ce PRS propose un focus sur cet événement d'ampleur inédite en Île-de-France. Ce focus reprendra toutes les actions, présentes dans différents axes du schéma, qui visent à capitaliser sur cet événement, notamment pour promouvoir l'accès et la pratique de l'activité physique pour tous, mais également la santé environnementale (eau, air…) et en termes d'anticipation de risques sanitaires potentiels.

***

La mise en œuvre du PRS fera l'objet d'une attention particulière, et se fondera sur les leviers identifiés dans le cadre d'orientation stratégique (COS) : la territorialisation des interventions de l'Agence et le renforcement des partenariats avec les parties prenantes régionales (collectivités, instances de démocratie en santé, usagers) ; la priorisation des interventions financières sur les thématiques et territoires nécessitant le plus de moyens ; la mobilisation de la donnée et des outils numériques à des fins de meilleure connaissance et d'évaluation des interventions ; la mobilisation d'outils de communication renouvelés permettant, notamment, une information et une participation renforcée des citoyens et usagers du système de santé régional.

Des indicateurs de suivi ont par ailleurs vocation à apprécier le degré de mise en œuvre des actions prévues par le PRS et leur impact sur l'état de santé des Franciliens. Ils seront régulièrement partagés, notamment avec la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé (CTS) et les collectivités territoriales de la région. Un point d'étape à mi-parcours permettra également de partager des éléments

d'évaluation avec les partenaires de l'Agence. Enfin, une démarche d'évaluation externe sur les thématiques prioritaires du PRS sera mise en œuvre.

Afin de garantir une mise en œuvre, un suivi et une l'évaluation partagés du PRS, l'Agence s'engage à élaborer, avec la CRSA, un « contrat de méthode » qui sera le garant de la poursuite et de la pérennisation d'une dynamique collective de travaux et de concertation pour la mise en œuvre du PRS. Ce « **contrat de méthode** » est un engagement fort de l'Agence. Il s'organisera autour de groupes de travail portant sur des thématiques transversales et sur les activités soumises à autorisation et permettra d'apporter des garanties sur l'opérationnalité de la stratégie de santé en Île-de-France et dans ses territoires et sur son évaluation.

LES 33 INDICATEURS CLÉS DU PRS

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 1 - Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens			
Indicateur 1	**Nombre de dépistages VIH réalisés et évolution du taux d'incidence VIH francilien**	**2021** Tests : 1 442 514 Incidence : 157 [134-181] par million d'habitants (positivité : 1 938/an)	Tests : + 30 % soit 1 875 000 Incidence : < 122 par million d'habitants (positivité < 1 500 par an)
Indicateur 2	**Conseils départementaux engagés dans la diminution de la mortalité périnatale**	**2023** 3	8
Indicateur 3	**Part des femmes enceintes ayant effectué les trois échographies de suivi aux dates recommandées**	**2022** 73 %	90 %
Indicateur 4	**Nombre d'enfants de 3 à 12 ans bénéficiaires d'un programme de compétences psycho-sociales d'ici 2028**	**2020-2023** Nombre d'enfants bénéficiaires : 31 007	200 000

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 2 - Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients			
Indicateur 5	**Évolution de la file active moyenne des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) par territoire de coordination**	**2022** 23 726	35 000 à 40 000 dont 30 % de patients hors cancérologie/ soins palliatifs/ gérontologie
Indicateur 6	**Nombre de structures / établissements disposant d'organisations permettant la prise en charge personnalisée des femmes enceintes socialement vulnérables**	**2023** 5	10
Indicateur 7	**Évolution du taux de mortalité infantile**	**2019-2021** 4 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants	Baisse de l'évolution de la mortalité infantile
Indicateur 8	**Évolution du taux de participation aux dépistages organisés des 3 cancers bénéficiant d'un programme national : cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer colorectal**	**Campagne 2021-2022** Cancer du sein : 36,9 % Cancer colorectal : 31,3 % **Campagne 2019-2021** Cancer du col de l'utérus : 52,6 %	Dépistage cancer du sein : 70% Dépistage cancer colorectal : 65 % Dépistage cancer du col : 70 %
Indicateur 9	**Evolution de la part des hospitalisations prolongées (>6 mois) en psychiatrie**	**2022** 3,4 % des séjours en hospitalisation complète	Inférieur à 2 %
Indicateur 10	**Taux d'hospitalisations en urgence des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères**	En attente de la feuille de route nationale santé mentale	En attente de la feuille de route nationale santé mentale
Indicateur 11	**Taux d'évolution du nombre de mesures de soins sans consentement**	Attente de l'indicateur régionalisé de la feuille de route nationale	Attente de l'indicateur régionalisé de la feuille de route nationale
Indicateur 12	**Nombre d'aidants accompagnés par des plateformes de répit**	**2021** 4 387	9 000
Indicateur 13	**Nombre d'usagers de crack engagés dans un parcours de soins et sortis de la rue**	**2022** 70	700

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 3 - Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soin accessible, adaptée et de qualité			
Indicateur 14	**Nombre de dossiers en file active annuelle qui ont un cercle de soins avec au moins 2 professionnels + 1 organisation (c'est-à-dire 2 professionnels d'entités différentes) à partir du programme e-Parcours**	**Au 31/10/2023,** 18 723 au total depuis le déploiement de la solution dont 3 114 cercles créés à partir du 01/01/2023	60 000
Indicateur 15	**Nombre de médecins inscrits sur la plateforme du service d'accès aux soins (SAS)**	**Au 1er décembre 2023** 795	8 000
Indicateur 16	**Évolution du taux d'hospitalisation directe des patients de plus de 75 ans (hors passage par un service d'accueil des urgences – SAU)**	**2022** 5 %	10 %
Indicateur 17	**Évolution du nombre de passages annuels aux urgences, dont passages de personnes âgées de plus de 75 ans**	**2022** Passages totaux : 4 428 972 Passages des + de 75 ans : 530 763	Diminution avec un focus de - 5 % de personnes âgées de + de 75 ans (soit moins 26 000 personnes âgées)
Indicateur 18	**Augmentation du nombre de solutions installées pour les personnes handicapées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), enfants et adultes**	**2022** Nombre de solutions installées enfants et adultes : 56 280	Publication de l'indicateur : début 2025
Indicateur 19	**Augmentation du taux de générosité (don du sang) francilien**	**2022** 2 %	Atteindre la moyenne nationale : 3,52 %
Indicateur 20	**Nombre de prélèvements SME (patient décédé en état de mort encéphalique)**	**2022** 180	300

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 21	**Part des Franciliens ayant déclaré un médecin traitant, dont patients en affection de longue durée et dont patients de moins de 16 ans**	**2022** Part totale des Franciliens : 79,2 % Part des Franciliens en ALD : 92,5 % Part des Franciliens de moins de 16 ans : 46,2 %	100 % pour les Franciliens en ALD 75 % pour les Franciliens de moins de 16 ans

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 4 - Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France			
Indicateur 22	**Évolution du nombre de contrats d'allocation d'études (CAE) et de contrats d'engagement de service public (CESP)**	**2022** 538 CAE 51 CESP	900 CAE 71 CESP
Indicateur 23	**Évolution du nombre de postes partagés entre ville et hôpital et entre CHU et hors CHU (en chiffres annuels)**	**2022** Assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé : 121 Médecins spécialistes : 23 Médecins généralistes : 12	Assistants spécialistes à temps partagé entre établisse-ments de santé : 140 Médecins spécialistes : 35 Médecins généralistes : 20
Indicateur 24	**Évolution de la densité des professionnels de santé et projections à moyen terme**	**2022** 2 337 professionnels de santé / 100 000 habitants	2 500 profes-sionnels de santé / 100 000 habitants
Indicateur 25	**Part des installations en zone sous dense (ZIP) parmi l'ensemble des installations pour les spécialités de 1er recours**	**2020** 31 %	62 %
Indicateur 26	**Nombre de soignants entrant dans un logement co-financé par l'ARS (annuel et cumul depuis 2023)**	**2022** 12 soignants	2 000 soignants

Leprésentschémarégionaldesantéestcomposédedeuxparties Leprésentschémarégionaldesantéestcomposédedeuxparties Leprésentschémarégionaldesantéestcomposédedeuxparties Leprésentschémarégionaldesantéestcomposédedeuxparties

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 5 - Gérer, anticiper et prévenir les risques			
Indicateur 27	**Nombre d'établissements de santé ayant réalisé les audits et exercice annuels avec la mise en place du plan d'action**	**Septembre 2023** 15	300
Indicateur 28	**Part des établissements de santé (ES) et des établissements médico-sociaux (ESMS) soumis à l'obligation de publier leur bilan d'émissions de gaz à effet de serre et l'ayant fait au moins une fois et part des établissements à jour de celle-ci**	**Octobre 2023** 96 ES et ESMS sur 350 éligibles ont publié leur bilan au moins une fois soit 27,4 % 58 ES et ESMS sur 350 éligibles sont à jour de leur publication soit 16,6 %	100 %
Indicateur 29	**Part des nouveaux CPOM des ES et EMS ou des renouvellements contenant au moins une action sur le développement durable (réduction de consommation, de ressources – eau, énergie..)**	0	100 %

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
AXE 6 - Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques			
Indicateur 30	**Part des communes franciliennes disposant de conseil local de santé mentale parmi celles comptant un quartier prioritaire de la politique de la ville**	**2022** 51 communes sur 141	70 communes sur 141
Indicateur 31	**Nombre de projets innovants accompagnés, notamment dans le cadre de l'appel à projets sur les inégalités sociales de santé, agissant sur les déterminants de santé et respectant la méthodologie en santé publique**	**2023** 120	240

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
PRAPS			
Indicateur 32	**Augmenter le nombre d'équipes mobiles médico-sociales**	**Octobre 2023** 47	80
Indicateur 33	**Renforcer la présence de médiateurs en santé spécifiquement identifiés avec une implantation effective au sein des établissements de santé (prioritairement les services de périnatalité, pédiatrie, santé mentale, et urgences), dans des structures d'exercice regroupé et dans le cadre de programmes de prévention**	**Octobre 2023** 64	250

NB : Ces indicateurs ont vocation à être publiés de manière annuelle à la maille régionale et pour la majorité d'entre eux, à l'échelle départementale également. En chapeau de chacun des six axes, ces indicateurs sont repris avec le niveau de référence le plus récent disponible ainsi qu'une cible pour 2028. A noter : à la date de publication du PRS, les valeurs des indicateurs issus de la feuille de route nationale « santé mentale » ne sont pas encore disponibles. Ces données seront complétées ultérieurement.

Leprésentschémarégionaldesantéestcomposédedeuxparties

Introduction

Structure et méthodologie d'élaboration du PRS

Les principes directeurs

- **Un cadre d'orientation stratégique (COS) fixant les principes directeurs à 10 ans**

Le cadre d'orientation stratégique (COS), arrêté en 2018 pour 10 ans, a posé, en lien avec la stratégie nationale de santé (SNS), les principes fondateurs de notre ambition collective pour améliorer la santé des Franciliens :

– la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,

– la prévention et promotion de la santé au cœur de nos actions, en mobilisant l'ensemble des politiques publiques,

– l'approche territoriale comme niveau et levier de l'action.

En 2023, à mi-parcours, ces principes restent le socle du projet régional de santé francilien et le fil conducteur de ce schéma régional de santé (SRS) 2023-2028. Néanmoins, l'évolution préoccupante de la santé périnatale et la santé mentale nous a conduit à ajouter un quatrième principe visant à renforcer nos moyens d'actions sur ces deux thématiques prioritaires.

C'est sur cette base que l'Agence et ses partenaires ont travaillé à la révision de ce SRS, avec une approche transverse et décloisonnée, tout en capitalisant sur les enseignements de la crise sanitaire sans précédent qui a percuté notre système de santé à partir de 2020.

- **Une démarche partenariale pour élaborer un PRS à la fois stratégique et opérationnel**

La crise sanitaire a remis en évidence la nécessité de travailler avec tous nos partenaires pour améliorer notre système de santé au service des usagers et des citoyens. Dans cette perspective, les principaux objectifs de l'Agence pour l'élaboration de ce PRS ont été de :

– bâtir un PRS qui constitue la référence régionale pour les actions visant à améliorer la santé des Franciliens ;

– co-construire une véritable feuille de route opérationnelle à cinq ans au travers de laquelle l'ensemble des partenaires, des professionnels et des usagers peuvent se reconnaître, et qui permette de mobiliser les énergies autour d'objectifs partagés ;

– élaborer un document stratégique lisible et prospectif d'affichage et de partage de notre politique régionale de santé.

Le parti pris a été de faire émerger et de se concentrer sur les objectifs prioritaires et stratégiques à cinq ans à inscrire dans le PRS, en assumant le fait que toutes les missions de l'ARS ne soient pas traitées dans ce document.

La structure du SRS

- **Des priorités transversales irriguent l'ensemble du SRS**

Le schéma régional de santé détaille les stratégies d'intervention retenues et les objectifs assis sur des indicateurs. Le PRS inclut ainsi une trentaine d'objectifs évaluables, appropriables, qui visent à donner un cap clair et qui pourront être déclinés territoire par territoire en fonction des problématiques rencontrées localement.

Les deux priorités thématiques de ce PRS que sont la santé périnatale et la santé mentale irriguent l'ensemble des axes du PRS. C'est pourquoi le choix a été fait de les traiter de manière transversale dans plusieurs axes du schéma (axes 1, 2 et 6). Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PRS, chacune de ces deux priorités fera l'objet d'une feuille de route dédiée qui permettra d'avoir une vision globale et opérationnelle des actions prévues et à prévoir.

Par ailleurs, la programmation de l'action de l'Agence et de ses partenaires s'appuie sur un certain nombre de **plans, schémas, programmes ou conventions stratégiques.** Le projet régional de santé fait apparaître les liens entre ces documents, notamment pour ce qui concerne le quatrième plan régional santé environnement (axes 5 et 6 du présent schéma).

- **Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), « Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation »**

Ce schéma comporte une partie de portée réglementaire qui présente de manière plus détaillée la programmation de l'offre en santé. Il s'agit du volet « Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation ». Il comporte également les volets suivants : « Permanence des soins en établissements de santé » et « Laboratoires de biologie médicale ».

- **Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunies (PRAPS)**

La dernière brique du PRS est le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), qui décline les stratégies d'intervention dédiées aux personnes les plus éloignées du système de santé, qui

relèvent en Île-de-France de situations très particulières et souvent propres à la région. Ces stratégies d'intervention ont été élaborées et sont mises en œuvre en cohérence avec celles du schéma régional de santé.

Méthode et processus d'élaboration

Cadrage de la méthode et travaux préalables pour alimenter la réflexion

Les travaux de cadrage et de réflexion stratégique sur le contenu, les objectifs et les modalités d'élaboration du SRS 2023-2028 ont débuté en avril 2022. La démarche d'élaboration ainsi que la structure du schéma ont été définies sur la base de **notes de contribution des partenaires**, notamment de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Un diagnostic complet et actualisé à début 2023 a été **réalisé par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France** à la demande de l'ARS[1]. Il constitue une des bases importantes des travaux.

En parallèle, le **précédent PRS a fait l'objet :**

- **d'une évaluation externe** confiée à un consortium de chercheurs piloté par la chaire Santé de Sciences Po, engagée dès 2018 sur quatre actions emblématiques et deux axes transversaux d'analyse[2] ;
- **d'un bilan quantitatif et qualitatif** de la mise en œuvre du PRS2 élaboré par les équipes de l'Agence.

Dans ce contexte, **le bilan et l'évaluation montrent que les réalisations prévues dans le précédent schéma sont nombreuses et structurantes, mais aussi que des fragilités bien identifiées persistent ou se sont accentuées** et nécessitent de poursuivre le travail dans le cadre du présent schéma.

En novembre 2022, le volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) a par ailleurs été lancé par le gouvernement. Des concertations ont été organisées par l'ARS Île-de-France sur l'ensemble du territoire en lien avec les conseils territoriaux de santé (CTS), l'Assurance maladie et les représentants de l'État. Ces concertations ont réuni une large représentation d'acteurs dont, notamment, les professionnels de santé, les élus, les usagers et les citoyens. Elles ont contribué à amorcer la réflexion sur le PRS sur certains sujets (prévention, médecine de premier recours, permanence des soins, attractivité des ressources humaines en santé, santé mentale…) et certaines propositions issues de ces concertations territoriales ont permis d'alimenter le présent schéma. Le CNR Santé est passé en 2023 dans une phase plus opérationnelle avec l'incubation de certaines initiatives identifiées dans les territoires.

1 https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-des-franciliens-2/

2 https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/110588/download?inline

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Par ailleurs, l'ARS Île-de-France a lancé deux enquêtes visant également à nourrir les orientations et actions prévues dans ce schéma :

- **un sondage, réalisé par l'institut Odoxa sur « Les Franciliens et le système de santé »** (étude quantitative sur près de 3000 personnes et analyse qualitative à partir de « focus groups ») dans le cadre des travaux du PRS et du CNR Santé francilien[3] ;
- **une enquête auprès des habitants organisée par l'association « La Fédé »** à la demande de l'ARS Île-de-France, qui a permis l'identification des besoins et priorités de santé dans les quartiers populaires selon un modèle expérimenté avec succès lors du PRS2.

Co-construction et concertation élargie

Ce troisième SRS résulte d'un travail collaboratif avec l'ensemble des partenaires, qui s'est concentré de fin 2022 à juin 2023, sur la base du partage de la situation francilienne, de l'identification des enjeux communs et de la détermination des objectifs à atteindre pour les cinq années à venir. **Plus de 70 ateliers et groupes de travail ont été activés, soit près de 200 réunions** (recours à la comitologie existante et mise en place de groupes de travail, ateliers et séminaires spécifiques) réunissant une large représentation d'acteurs, partenaires de l'ARS et instances de démocratie en santé (CRSA, CTS) afin de co-construire le contenu de chacun des six axes du schéma ainsi que du PRAPS.

À noter que sur la priorité spécifique **« Pouvoir d'agir des citoyens »**, l'ARS Île-de-France a souhaité que les ateliers de travail soient co-organisés et co-animés avec des membres des instances de démocratie en santé et de France Assos Santé.

Pour élargir la participation aux travaux du SRS et associer largement les partenaires et citoyens, **l'Agence a également offert la possibilité (via le site internet de l'ARS Île-de-France) de s'inscrire dans les groupes de travail et/ou de transmettre une note de contribution écrite.** Une invitation a été transmise à l'ensemble de nos partenaires (Assurance maladie, Éducation nationale, AP-HP, URPS (Unions régionales des professionnels de santé), conseil régional, conseils départementaux, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), Association des maires d'Île-de-France (AMIF), fédérations, associations…) et aux membres des instances de démocratie en santé. La CRSA et France Assos Santé ont été sollicitées pour contribuer à la désignation de représentants d'usagers dans chacun des groupes de travail ou ateliers. Cette dynamique devra être poursuivie et intensifiée dans le cadre de la mise en œuvre du PRS.

3 https://www.iledefrance.ars.sante.fr/cnr-sante-la-concertation-et-les-propositions-en-ile-de-france

Le présent schéma régional de santé est composé de deux parties Introduction

À partir du mois d'avril, en amont de la finalisation des travaux du PRS et au-delà du cadre réglementaire des consultations obligatoires (CRSA, CDCA, préfecture de Région, collectivités territoriales de la région et Conseil de surveillance de l'ARS Île-de-France), l'Agence a décidé **d'élargir la concertation en mettant en ligne sur son site, au fil de l'eau, les fiches-actions** qui composent les six axes du SRS et le PRAPS pour permettre au plus grand nombre d'en prendre connaissance et de contribuer directement au PRS. Environ 125 commentaires ont été déposés sur le site et une quarantaine de contributions écrites ont été reçues de la part de nos partenaires.

Enfin, **deux séminaires dédiés à nos partenaires, l'un sur le PRAPS (24 avril 2023) et l'autre sur le SRS (9 juin 2023),** ont été organisés pour partager les constats et nos défis communs pour les cinq prochaines années.

Mise en œuvre et territorialisation

Poursuivre la dynamique de co-construction engagée

Afin de garantir la mise en œuvre opérationnelle des leviers du PRS, **l'Agence s'engage à poursuivre et pérenniser la dynamique initiée avec les partenaires dans le cadre de l'élaboration. Il s'agira notamment de co-construire des feuilles de route détaillées pour décliner les objectifs de moyen terme.**

Cet engagement, établi en lien avec la CRSA, nécessitera dès la publication du PRS d'organiser, avec une grande diversité d'acteurs, des représentants de la démocratie en santé et des usagers, la co-construction des modalités de mise en œuvre, de suivi et de l'évaluation. Pour ce faire, l'élaboration d'un « contrat de méthode », autour de groupes de travail portant sur des thématiques transversales et sur les activités soumises à autorisation, avec une déclinaison opérationnelle au niveau régional et dans les territoires, est un engagement fort de l'Agence vis-à-vis de ses partenaires.

Cette dynamique d'ensemble s'appuiera sur une feuille de route régionale hiérarchisant les priorités. Elle sera concertée, partagée, suivie et fera l'objet d'une communication régulière.

Garantir le succès de la mise en œuvre par la territorialisation

La gestion des dernières crises sanitaires et l'expérience récente des concertations territoriales menées dans le cadre du CNR Santé montrent que notre méthodologie doit se concentrer sur la capacité collective à agir plus encore en proximité et dans le dialogue avec les parties prenantes, afin de construire ensemble nos objectifs communs.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

La mobilisation et les initiatives des acteurs de terrain constituent un des leviers essentiels de la réussite de la mise en œuvre du PRS, dans une approche nécessairement différenciée en fonction des territoires. Dès lors, l'adaptation de l'animation territoriale aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et favoriser la structuration des parcours de santé.

Les modalités opérationnelles de mise en œuvre du PRS doivent donc prévoir suffisamment de souplesse et de réactivité pour **prendre en compte la réalité des territoires** et s'appuyer sur une animation territoriale renforcée qui permette, notamment, de fédérer l'ensemble des acteurs locaux dans une logique de responsabilité partagée et d'accompagner les acteurs porteurs de projets.

Les **conseils territoriaux de santé** seront des relais importants dans les territoires pour contribuer au dialogue territorial et à la co-construction des projets de santé de proximité.

Suivi et évaluation

Le PRS a vocation à structurer l'action de transformation conduite par l'Agence dans les années à venir. Pour permettre d'apprécier l'atteinte de nos objectifs et de mesurer l'impact de l'action conduite, il fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

Des **indicateurs stratégiques** ont été définis pour suivre la mise en œuvre des principales priorités de l'Agence au sein du présent schéma régional de santé et leurs niveaux régionaux et infra-régionaux seront publiés à un rythme annuel. Les indicateurs déclinés à l'échelle régionale et départementale seront notamment mis à disposition des partenaires de l'Agence : services de l'État, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations, etc.

Par ailleurs, l'ARS Île-de-France s'engage à mettre en place dès la publication du PRS, et en lien avec la CRSA, les modalités d'évaluation externe du PRS. **Un bilan de la mise en œuvre du PRS à mi-parcours sera également prévu et organisé avec la CRSA. Ces éléments font partie intégrante du contrat de méthode entre l'Agence et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.**

Le présent schéma régional de santé est composé de deux parties Introduction

Un projet régional de santé (PRS) articulé autour de 8 enjeux

Des ambitions socle

Réduire les **inégalités sociales et territoriales de santé** en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement

Renforcer le **pouvoir d'agir des citoyens** vis-à-vis de leur santé et les faire participer à l'élaboration des politiques de santé

Territorialiser les interventions de l'Agence en adaptant celles-ci aux spécificités territoriales franciliennes

Des priorités d'intervention thématiques

Agir sur les déterminants de la **santé périnatale**

Améliorer la **santé mentale** des Franciliens et notamment **des jeunes**

Des priorités transversales

L'attractivité des ressources humaines en santé en Île-de-France

La structuration des parcours de santé et la lutte contre les ruptures de parcours

Le changement climatique et la prise en compte de la dimension environnementale de la santé, en étroite articulation avec le PRSE 4

PARTIE 1

Axes et projets de transformation

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

AXE 1

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

La lutte contre les inégalités sociales de santé, en tant que fil conducteur de l'action de l'ARS, irrigue son troisième projet régional de santé. Il s'agit de décliner l'objectif d'égal accès de toutes et tous aux soins de santé les plus pertinents et adaptés aux besoins, mais également de donner et partager les outils permettant aux groupes et individus d'être acteurs à part entière de leur santé et d'identifier les leviers permettant d'agir sur leur environnement. Dans ce cadre comme dans les autres champs d'intervention en santé, le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées (par exemple : habitants des quartiers populaires, usagers des dispositifs de santé, patients des établissements sanitaires et médico-sociaux) est une exigence.

Dédier un axe à la prévention et au pouvoir d'agir est une position de principe forte du PRS. Cet axe vient compléter et approfondir ce que les autres axes développent : le renforcement des parcours de santé qui intègrent la dimension prévention, la structuration territoriale de la réponse aux besoins, la valorisation des métiers de santé publique ou bien encore de la prise en compte des déterminants de santé. Il convient de considérer que la prévention et la promotion de la santé sont des outils indispensables à la réduction des inégalités sociales de santé : pour cela, ces deux approches santé mobilisent des compétences et des méthodes identifiées et validées qui garantissent l'efficacité de la démarche.

Cet axe s'articule en trois parties.

La première partie s'intéresse spécifiquement à la question du pouvoir d'agir et à la démocratie en santé en tant que concepts pratiques permettant d'améliorer la santé des populations et l'appropriation des connaissances en santé. Il s'agit de développer la possibilité des prises de décision du plus grand nombre sur leur environnement de santé.

La deuxième partie aborde les thématiques phares de santé publique en Île-de-France, pour lesquelles des programmes ou des feuilles de route régionales viendront décliner dans les territoires le travail engagé (addictions, santé sexuelle, santé de la femme, vaccination, lutte contre la tuberculose, santé des personnes sous main de justice) dans le cadre de stratégies nationales existantes.

Enfin, **la troisième partie porte sur les méthodes et outils à mobiliser** pour rendre les programmes et projets de prévention pertinents et efficaces, dont l'appropriation des connaissances, la diversification des moyens de formation des porteurs de projet en santé publique et le développement de la recherche-intervention. L'implication et la participation des habitants/usagers à toutes les étapes et le travail croisé avec les acteurs de champs extérieurs (habitat, éducation, urbanisme, justice, etc.) sont systématiquement recherchés.

AXE 1 | Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

EN BREF

- **Un cadre d'action pour agir sur les déterminants de santé (prévention individuelle ou collective)**
- **Des Franciliens davantage acteurs de leur santé et associés à l'élaboration des politiques de santé**
- **Des fiches-actions pour améliorer la prévention sur des thématiques phares et des populations prioritaires**

MESURES CLÉ

#Périnatalité

- Renforcer la médiation, l'interprétariat et la coordination des acteurs et prendre en compte les expériences patients
- Déployer des lits halte soins santé dédiés aux femmes venant d'accoucher et renforcer les équipes mobiles santé précarité périnatalité
- Soutenir des interventions de promotion de la santé en périnatalité
- Construire une base de données en libre accès rassemblant les données disponibles en périnatalité

#Contraception

Engager une campagne d'information auprès des professionnels de santé sur la diversité des contraceptifs

#SantéDesFemmes

Actualiser le plan régional d'accès à l'IVG pour maintenir une offre de proximité dans les territoires et garantir aux femmes le choix de la méthode

#SantéMentale

Assurer le déploiement de premiers secours en santé mentale au sein de chaque service de santé des universités

#SantéDesEnfants

Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du neurodéveloppement du jeune enfant, des troubles spécifiques des apprentissages, des troubles du spectre autistique

#Vaccination

Étendre la couverture vaccinale des enfants et en particulier la protection contre le papillomavirus pour viser 80 % en 2030

#Jeunes

Co-construire avec l'ensemble des partenaires une feuille de route pour la santé des étudiants

EXEMPLES D'ACTIONS DÉPARTEMENTALES ISSUES DU CNR SANTÉ SÉLECTIONNÉES EN LIEN AVEC LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

1. Créer un support de communication relatifs aux professionnels de santé à destination des usagers du système de soins (Essonne – 91).
2. Mettre en place un pôle d'accompagnement vers un retour à l'école (PARE) sur le territoire Sud 92 pour instaurer un modèle de repérage précoce des troubles psychiques et d'accès aux soins en milieu scolaire parmi les élèves en décrochage scolaire (Hauts-de-Seine – 92).
3. Créer une attestation scolaire de santé prévention (AASP) pour les collégiens avec une démarche de prévention sur l'alimentation, le sommeil, etc., en lien avec les programmes prévention du rectorat. (Val-d'Oise – 95).

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 1	**Nombre de dépistages VIH réalisés et évolution du taux d'incidence VIH francilien**	**2021** Tests : 1 442 514 Incidence : 157 [134-181] par million d'habitants (positivité : 1 938/an)	Tests : + 30 % soit 1 875 000 Incidence : < 122 par million d'habitants (positivité < 1 500 par an)
Indicateur 2	**Conseils départementaux engagés dans la diminution de la mortalité périnatale**	**2023** 3	8
Indicateur 3	**Part des femmes enceintes ayant effectué les trois échographies de suivi aux dates recommandées**	**2022** 73 %	90 %
Indicateur 4	**Nombre d'enfants de 3 à 12 ans bénéficiaires d'un programme de compétences psycho-sociales d'ici 2028**	**2020-2023** Nombre d'enfants bénéficiaires : 31 007	200 000

Renforcer le pouvoir d'agir des habitants, des usagers et des citoyens

Diagnostic et enjeux

La démocratie en santé repose sur le pouvoir d'agir ou « empowerment[4] » des acteurs de santé et des citoyens pour influencer, orienter et infléchir les politiques publiques. Elle s'exerce non seulement par la démocratie représentative, mais aussi par des formes participatives des citoyens. Elle inclut par ailleurs les capacités à agir pour soi, dans la relation patient/professionnel de santé.

Elle contribue ainsi à développer les capacités d'agir individuelles et collectives des citoyens par l'interaction, le dialogue et l'échange. Le partenariat en santé[5] en constitue la forme la plus aboutie, car il implique la co-construction, la co-décision et la mise en œuvre conjointe des projets de santé de chacun et de tous. Ce sont dans les différentes formes et méthodes de partenariat que les savoirs expérientiels, le pouvoir et les capacités d'agir se développent.

L'ambition portée à cinq ans par le « pouvoir d'agir » est de réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé.

Au cours des précédents PRS, le respect des droits des usagers a progressé, il s'agit désormais d'agir ensemble en reconnaissant et en s'appuyant sur la complémentarité des expériences, savoirs et compétences des usagers et des professionnels de santé pour construire ensemble.

Les objectifs stratégiques ci-dessous ont été définis en collaboration avec de nombreux acteurs de la démocratie en santé en région (représentants des usagers, associations, établissements, acteurs des politiques publiques, collectivités territoriales, universitaires, professionnels de santé, médiateurs de santé pairs…). Une méthode participative a été mise en place : organisation de séminaires de travail avec France Assos Santé Île-de-France

4 L'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être empowered) qu'un processus. Cet état et ce processus peuvent être à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques – même si, selon les usages de la notion, l'accent est mis sur l'une de ces dimensions ou au contraire sur leur articulation.

5 Cette démarche encourage la collaboration entre usagers-citoyens, patients, proches aidants, acteurs de l'accompagnement sanitaire et médico-social, acteurs de la formation et de la recherche dans la dimension individuelle et collective. (Plateforme ressource du partenariat en santé en Occitanie).

et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Île-de-France. L'objectif est de se nourrir des expériences et réflexions partagées pour faire progresser le pouvoir d'agir.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Pour assurer une bonne diffusion de l'information à destination des usagers et professionnels de santé notamment, le recueil des expériences « d'empowerment » et l'accompagnement des initiatives probantes dans les territoires sont rendus nécessaires. Leur connaissance et leur appropriation favoriseront le pouvoir d'agir.

La valorisation de l'expérience des patients contribue à renforcer leur autonomie et *in fine* à améliorer leur qualité de vie et celle des soignants.

Reconnaître et conforter la place de l'expérience patient[6] et des savoirs expérientiels[7] dans le partenariat en santé et faire émerger des projets et expériences partagés de partenariat en santé dans tous les secteurs de la santé

Le partenariat en santé est une approche qui s'appuie sur la complémentarité des expériences, savoirs et compétences des usagers et des professionnels du système de santé dans l'objectif d'améliorer ensemble la qualité et la pertinence des soins, la qualité de vie des soignants et des usagers. C'est un moyen pour développer l'autonomie des patients, l'humanisation des soins et rompre les cloisonnements. Le partenariat en santé permet ainsi de faire évoluer la relation individuelle patients/professionnels de santé et la pratique de soins ou d'accompagnement dans une dimension plus organisationnelle.

S'il existe en Île-de-France des initiatives de partenariat en santé dans le domaine des soins, organisations des soins, recherches et enseignements, elles sont insuffisamment connues, recensées, encadrées et partagées dans les différents champs ambulatoire, sanitaire et médico-social, de telle sorte qu'elles ne sont pas valorisées et ne permettent pas d'être reproductibles.

6 C'est l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée. (Institut français de l'expérience patient).

7 Savoirs issus de l'expérience que la personne en soins/accompagnée/le proche aidant a de la maladie ou du handicap, et élaborés « à travers un partage collectif et soutenu entre pairs et résultant d'un cheminement et d'un travail réflexif personnel ».

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

L'enjeu est ainsi d'impulser, faire diffuser une culture du partenariat en santé dans la région dans tous les secteurs de la santé en faisant émerger des projets de partenariat partagés par la mise en relation des différents acteurs de la santé du territoire souhaitant s'engager dans une dynamique participative.

- **Identifier les savoirs expérientiels et accompagner les initiatives des territoires**
  - Recueillir et recenser les expériences probantes d'empowerment des acteurs en démocratie en santé (qui relient savoirs expérientiels et pouvoir d'agir) dans ses différents lieux d'exercice (territoires et établissements) : soins, organisation des soins, recherche et enseignement dans les établissements, en ville et dans le secteur médico-social. Il sera intéressant à cet égard de s'appuyer aussi sur les patients experts.
  - Capitaliser sur ces expériences probantes en utilisant notamment les supports méthodologiques existants.
  - Accompagner les initiatives des territoires (soins de ville, hospitaliers, associatifs, etc.) pour favoriser la création, l'animation, l'évaluation et l'institutionnalisation d'espaces permettant de mesurer l'apport des savoirs expérientiels dans l'amélioration des pratiques de soins.
- **Promouvoir une culture commune du partenariat en santé pour utiliser, faire connaître, partager ces expériences probantes et former à la capitalisation d'expériences**
  - Sensibiliser au principe du partenariat en produisant une série de webinaires pour l'ensemble des acteurs de ville ou hospitalier, du soin et du médico-social, professionnels comme associations (Promo-Santé, pôle Éducation thérapeutique du patient…).
  - Soutenir des travaux de recherche sur le partenariat en santé (recherche-action).

Un groupe de travail multidisciplinaire régional identifiera les actions de partenariat qui sont menées, constatera leur impact et émettra des recommandations pour développer ce type d'actions sur l'ensemble du territoire régional.

- **Faire évoluer les pratiques des acteurs de la démocratie en santé (des champs sanitaire et médico-social) pour changer les regards**
  - En partenariat avec les universités et les instituts de formation paramédicaux, renforcer l'intervention des usagers en santé dans les formations initiales et continues de tous les professionnels de santé,

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

en positionnant les patients/usagers tiers[8] et associations de l'ingénierie des formations à la mise en œuvre (ou animation), tant dans la formation théorique que clinique.

– Avec ces mêmes partenaires, contribuer au développement des actions de formation continue portant sur la démocratie en santé des médecins, paramédicaux, assistants sociaux, psychologues et professionnels du médico-social d'Île-de-France.

– Reconnaître et valoriser les initiatives des établissements visant à transformer la relation patient/professionnel de santé, pour une meilleure communication et une prise de décision partagée : mettre en place des indicateurs qualités (ex. : questionnaire mesurant l'évolution de la qualité de vie).

– Développer la participation du patient dans son propre parcours de santé : intégration des « projets de vie » dans les enjeux de santé.

– Développer les binômes patient-professionnels, en particulier en éducation thérapeutique du patient (ETP).

– Renforcer la pair-aidance[9] pour les personnes en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques ou psychiques, y compris à domicile (cf. fiches 2.4 et 2.7).

Un groupe de travail multidisciplinaire en définira les modalités de mise en œuvre.

Développer la participation effective des usagers et des citoyens dans la démocratie en santé

- **Conforter la place des instances de concertation territoriales (conseils territoriaux de santé - CTS)**

  – Associer les CTS et l'ensemble des acteurs intervenant au sein des CTS à la co-construction de politiques territoriales de santé en partant des besoins de la population.

  – Pérenniser la méthode de collaboration mise en œuvre dans le cadre du Conseil national de la refondation (CNR) en santé.

8 Patients ressources (formateurs, partenaires, médiateurs pairs, pairs aidants, patients mentors).

9 L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale…).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- **Conforter la place de la CRSA et des CDCA dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale relative aux politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées**
- **Poursuivre le déploiement de la démocratie représentative dans les instances**

  – Promouvoir la place et le rôle des personnes qualifiées et des représentants des résidents, des familles et des associations dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux au sein des conseils de la vie sociale (CVS), actuellement peu connus des usagers et de leurs accompagnants :

    . améliorer la couverture territoriale dans le médico-social : lancer une campagne d'information auprès des personnes accompagnées et de leur entourage, notamment dans les établissements et services médico-sociaux ; animer le réseau des CVS et des personnes qualifiées dans les territoires pour améliorer la visibilité et le fonctionnement de ces dispositifs ;

    . mettre en place une campagne de recrutement auprès des acteurs du secteur médico-social et des associations, y compris sur les réseaux sociaux ;

    . simplifier les modalités d'accès à la liste des personnes qualifiées pour les rendre plus lisibles pour les résidents et les familles ;

    . définir un cadre de formation pour les personnes représentant les résidents et familles siégeant dans les CVS et les personnes qualifiées pour faciliter l'exercice de leur mission ;

    . définir un cadre d'information et de formation pour les établissements.

  – Promouvoir la place et le rôle des représentants des usagers au sein des commissions des usagers (CDU) : selon le dernier baromètre des droits des personnes malades publié par France Assos Santé, en 2023, seuls 24 % des répondants franciliens savent qu'il existe des personnes qui les représentent en tant qu'usagers au sein des établissements de santé et seuls 22 % connaissent les commissions des usagers (CDU) :

    . renforcer les actions de communication sur la représentation des usagers et sur les droits en santé à destination des usagers et des professionnels de santé, notamment en lien avec les établissements de santé : onglet dédié à la représentation des usagers/démocratie en santé sur leurs sites internet.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

. contribuer à améliorer la diversité sociale en analysant les obstacles à la participation des représentants des usagers des associations agréées afin d'en tirer les enseignements (groupe de travail multidisciplinaire).

. faciliter les démarches administratives pour l'obtention de l'agrément en santé auprès des associations d'usagers.

. travailler à la simplification des procédures de remboursement de frais de mandats.

- **Étudier la possibilité d'ouvrir les structures de démocratie représentative aux associations de patients, de quartiers, aux structures de soins ou aux acteurs du médico-social qui développent des formes de représentation nouvelles**
- **Renforcer la mise en place de la démocratie participative des habitants, usagers et citoyens :** mieux informer sur le système de santé et mieux accompagner les habitants, usagers et citoyens, pour favoriser leur participation effective à l'élaboration et au suivi des politiques de santé les concernant

  – Faire un état des lieux des dispositifs partenariaux impliquant des habitants, usagers, citoyens - Conseils locaux de santé mentale (CLSM), Contrats locaux de santé (CLS), ateliers santé ville (ASV).

  – Recenser les plateformes participatives citoyennes qui fonctionnent (réussites et difficultés) dans les autres régions et à l'étranger afin de mettre en place une boîte à outils/un cadre de bonnes pratiques méthodologiques.

  – Informer les habitants, usagers et citoyens sur les différentes formes d'exercice possibles de consultation citoyenne.

  – Aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé avec des canaux adaptés ; utiliser la littératie en santé et développer le rôle des acteurs de médiations (associations) pour faciliter l'expression citoyenne (forum, débat citoyen, comité d'usagers) et répondre à l'exigence de lutte contre les inégalités de santé.

Les actions relatives au développement de la démocratie participative seront déclinées dans le cadre de travaux menés par un groupe de travail qui en définira les modalités de mise en œuvre.

- **Développer le respect des droits des usagers**

  – Valoriser, par une évaluation fondée sur le rapport annuel de la CSDU de la CRSA, les bonnes pratiques et les dysfonctionnements dans le champ sanitaire et médico-social pour mettre en œuvre au niveau régional, année après année, des actions correctrices.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Constituer des groupes de travail chargés de décliner des feuilles de route et des indicateurs de suivis incluant systématiquement usagers et pairs aidants : impliquer, en plus de nos partenaires, les instances pour contribuer à la mise en œuvre des actions identifiées ; mobiliser les acteurs associés et non associés dès l'origine des travaux.
- Réaliser les états des lieux et recensements nécessaires des projets et expériences partagés de partenariat en santé sur le territoire francilien en travaillant en collaboration avec des experts méthodologiques, notamment le pôle Éducation thérapeutique du patient, des universitaires dont le Laboratoire éducations et promotion de la santé – université Sorbonne Paris Nord, et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris qui souhaite structurer les initiatives existantes.
- Développer un logiciel (base de données) visant à recenser ces projets et expériences de partenariat en santé afin de les mettre à disposition des acteurs de la santé dans le cadre d'une collaboration ouverte (notamment disponible sur le site de l'Agence).
- Promouvoir, auprès des universités et des instituts de formation paramédicaux, les sujets d'empowerment et de démocratie en santé à intégrer dans les parcours académiques des professionnels de santé.
- Interroger systématiquement le recueil des besoins du patient/usager dans les cahiers des charges des appels à manifestation d'intérêt (AMI) et appels à projets (AAP) de l'ARS.

Agir sur tous les déterminants de la santé périnatale

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France se caractérise par des indicateurs de santé périnatale et infantile moins favorables que les moyennes nationales. Malgré les actions engagées depuis plusieurs années, les indicateurs de mortalité maternelle, périnatale et infantile restent supérieurs à la moyenne nationale. Les disparités territoriales continuent de s'aggraver sur certains territoires, du fait du poids des déterminants individuels, sociaux et environnementaux et de la prévalence des comorbidités (obésité, diabète, etc.), elles-mêmes liées aux déterminants sociaux.

Parmi les facteurs, on note que :

- l'âge moyen des mères franciliennes continue d'augmenter (passé de 30,3 à 32,2 entre 2008 et 2021, contre 30,6 en France métropolitaine10) ;
- la proportion des femmes en surpoids ou obèses poursuit son augmentation (enquête nationale périnatale 2021). Le surpoids est fortement corrélé à la précarité des populations, avec de fortes disparités territoriales, même si l'augmentation est généralisée ;
- la prévalence de certaines comorbidités (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires…) augmente avec l'âge et le surpoids. Ainsi, le taux de diabète gestationnel est en constante progression (9 % des grossesses en 2014 et 17,3 % en 2021).

L'accès aux droits et l'accès à l'hébergement des femmes enceintes ou sortant de maternité restent également des problématiques particulièrement prégnantes en Île-de-France. L'insuffisance des solutions d'hébergement d'urgence en sortie de maternité, malgré les efforts faits en termes d'ouverture de places dédiées, a des conséquences sur la vie des femmes et des nouveau-nés concernés, mais impacte aussi les établissements de certains territoires souvent contraints de prolonger inutilement les hospitalisations.

L'Île-de-France, enfin, est confrontée à des tensions sur les ressources humaines en santé (RH) (qui succèdent à la crise sanitaire) en ville comme à l'hôpital, avec des disparités territoriales importantes. Dans ce contexte, les activités de soins (salle de naissance, consultations…) sont souvent prio-

10 La part des mères de 35 ans et plus est de 30 % en Île-de-France en 2021 pour 24 % dans l'Hexagone.

risées, au détriment des mesures de prévention et promotion de la santé, notamment de la mise en œuvre de la stratégie des 1 000 premiers jours de l'enfant déployée depuis 2020.

La dégradation des indicateurs de santé maternelle et périnatale, plus marquée sur certains territoires (Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise en particulier), semble indiquer que d'autres éléments tendanciels (précarité, tensions RH…) renforcent les difficultés et contribuent à fragiliser les dispositifs mis en œuvre pour répondre aux objectifs du PRS précédent. La prise en charge holistique de la santé maternelle et périnatale est donc une priorité pour inverser la tendance.

Afin de définir des stratégies en santé périnatale cohérentes avec les besoins des populations, il est également indispensable de tenir compte des dynamiques démographiques, à la fois de la population et des professionnels de santé.

Face à ces constats, l'Agence a positionné la périnatalité comme l'une des deux thématiques prioritaires du PRS, avec comme enjeu de renforcer la politique de prévention/promotion de la santé en cohérence avec la dynamique des 1 000 premiers jours, avec une attention particulière pour les femmes, enfants et familles les plus vulnérables, dans une logique d'universalisme proportionné. Cette thématique est également traitée dans les axes 2 et 4 du PRS.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé en périnatalité

Soutenir et renforcer les actions probantes ou prometteuses de promotion de la santé portant sur les thématiques identifiées dans la « stratégie des 1 000 premiers jours » et sur les déterminants de la santé périnatale identifiés

- Déployer le plan d'actions régional en santé mentale périnatale.
- Promouvoir les actions visant à limiter l'impact du surpoids et l'obésité pendant la grossesse et le post-partum (nutrition, activité physique, santé mentale, soutien à l'allaitement…).

- Soutenir des actions portant sur les déterminants économiques et sociaux, notamment l'absence de logement, la précarité financière, les conditions de travail (horaires décalés, emplois précaires…), les temps de transport importants, qui contribuent à accentuer les inégalités de santé.
- Soutenir la mise en œuvre effective d'étapes essentielles de prévention et de promotion au sein du parcours de santé en périnatalité : consultation pré-conceptionnelle, bilans de prévention (santé bucco-dentaire, addictions, vaccinations…), entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité, entretien post-natal.
- Intégrer la promotion de la santé en périnatalité au sein d'actions portées par des acteurs autres que le champ sanitaire, notamment les acteurs du logement, de la famille (CAF) et des collectivités.

Consolider la coordination des politiques publiques dans le champ de la périnatalité (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), Assurance maladie, collectivités territoriales…)

- Conforter et soutenir le rôle décisif de la protection maternelle et infantile (PMI), notamment en poursuivant les démarches engagées avec les conseils départementaux dans le cadre de la contractualisation en prévention et protection de l'enfance, pour conforter les missions de la PMI dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé.
- Mettre à disposition des institutions, acteurs, partenaires et usagers des données en périnatalité fiables et accessibles pour faciliter le pilotage des politiques en santé publique.
- En lien avec les actions de l'axe 6, poursuivre la stratégie de plaidoyer pour intégrer les stratégies de prévention et de promotion de la santé en périnatalité au sein de toutes les politiques publiques (urbanisme, environnement, hébergement/logement, insertion, protection sociale…).
- Poursuivre les démarches engagées avec les Départements dans le cadre de la contractualisation en prévention et protection de l'enfance, pour conforter les missions de la PMI dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Renforcer la capacité d'agir en périnatalité

- Améliorer la littératie en santé périnatale en soutenant des expérimentations visant à évaluer le niveau de littératie en santé et à mettre en place des stratégies d'intervention.
- Promouvoir des démarches valorisant des approches en santé communautaire.
- Favoriser les interventions prêtant une attention particulière aux besoins et demandes des usagers (dialogue sur les projets de naissance, délivrance d'informations loyales, consentement éclairé, prise en compte de l'expérience patient…).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Pour améliorer la connaissance des déterminants de santé en périnatalité, l'Agence s'engage dans la construction et l'alimentation d'un jeu de données ouvertes (« *Open data* ») rassemblant l'ensemble des données disponibles en périnatalité (prématurité, mortinatalité, morbidité maternelle, indicateurs de vulnérabilité sociale, etc.) ; elle souhaite engager des partenariats avec des équipes de recherche afin de développer des programmes de recherche interventionnelle sur les systèmes de santé et sur l'impact du gradient social (pauvreté, absence de droits sociaux, exclusion du logement, expositions professionnelles, etc.). À ce titre, une démarche visant à permettre aux femmes enceintes précaires de participer plus activement à leurs soins (ex. : consultation), de mieux s'informer, d'avoir une relation plus équilibrée avec les professionnels et d'évaluer de la qualité des soins est en cours de déploiement.
- S'engager de façon volontariste dans l'ensemble des politiques contractuelles pouvant être proposées entre l'État et les départements en soutien à la PMI.
- Intensifier la prise en compte des déterminants sociaux, en particulier de la précarité et de ses conséquences, notamment par des actions de formations des professionnels de la périnatalité.
- Renforcer les démarches d'accompagnement en médiation, l'interprétariat et la coordination des acteurs (ville-hôpital, santé-social) à travers des expérimentations, et initier des démarches de prise en compte des expériences patients.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

- Encourager des interventions de promotion de la santé en périnatalité dans des ateliers sociolinguistiques, dispositifs d'aide à l'insertion, ateliers de parentalité…
- Promouvoir des modalités de communication et d'information inclusives (programme Facile à lire et à comprendre – FALC, infographies, accompagnement à l'utilisation des applications numériques en santé…) pour l'ensemble des intervenants.
- Accompagner les projets territoriaux de santé mentale dans la déclinaison du plan d'actions régional en santé mentale périnatalité en s'appuyant sur les réseaux de santé en périnatalité (cf. fiches 1.6 et 2.7).
- Déployer et renforcer les innovations qui répondent aux besoins spécifiques des femmes, des nouveau-nés et des familles en situation de vulnérabilité, notamment par des démarches d'aller-vers (LHSS périnatalité et équipes mobiles santé précarité périnatalité créés dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé, unités d'accompagnement spécifique, suivi conjoint des enfants vulnérables, article 51 Mam'en forme, référent parcours, visites à domicile de sages-femmes, notamment de PMI).

Promouvoir la santé des enfants

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France est une région jeune : un Francilien sur cinq a moins de 15 ans. Or, si la santé des Franciliens de 1 à 14 ans est considérée comme globalement satisfaisante, des inégalités existent dès le plus jeune âge, notamment dans les territoires moins favorisés. Les maladies chroniques sont notamment en augmentation chez les enfants franciliens : maladies respiratoires chroniques, asthme, diabète de type 1, obésité, drépanocytose… Les disparités territoriales sont à mettre en lien avec le poids des déterminants individuels, sociaux, environnementaux, et la prévalence des comorbidités, elles-mêmes liées aux déterminants sociaux.

L'enfance est une période essentielle au regard de la santé, parce que le suivi du développement permet d'identifier précocement troubles et pathologies dont la prise en charge permet d'éviter ou limiter les conséquences à long terme. Il s'agit donc de garantir un accès équitable et systématique à une offre de services en matière de prévention, dépistages, éducation à la santé, soins, prise en charge du handicap. Dans les premières années de la vie, le suivi de l'enfant s'attache en effet à vérifier le caractère harmonieux de son développement. Quand un trouble est dépisté (moteur, psychique, cognitif, sensoriel, etc.), l'orientation précoce doit rapidement permettre de poser un diagnostic et d'initier une prise en charge. Les ressources franciliennes restent insuffisamment structurées pour garantir un accès pertinent et adapté aux ressources et aux besoins sur tout le territoire. La gradation de l'offre n'est actuellement pas suffisamment lisible dans certains domaines. Cette organisation non optimale peut être responsable de prises en charge retardées (délais de rendez-vous, listes d'attente) ou de renoncements aux soins (actes non remboursés).

Or, les besoins de base en termes de prise en charge préventive et curative de l'enfant restent imparfaitement couverts dans certains territoires : on y observe les effets cumulés de difficultés croissantes en démographie de santé, qui touchent tous les secteurs de la prévention et désormais du soin, de l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins, mais aussi de l'augmentation des besoins liés à un nombre croissant d'enfants confrontés à la précarité ou à la pauvreté. La précarité, voire la grande précarité (migrants, familles hébergées ou sans logement…), peut rendre non pertinentes des organisations efficientes dans d'autres contextes. Ces situations sont concentrées sur certains territoires, notamment en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise ou dans le Val-de-Marne.

La protection maternelle et infantile (PMI) contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé du jeune enfant. Elle est, pour certains jeunes enfants, le seul interlocuteur dans le champ de la santé en dehors des urgences. Elle devrait donc être un domaine de mise en œuvre prioritaire du principe de « l'universalisme proportionné ». Or, ce dispositif n'est actuellement plus suffisamment opérant du fait, notamment, de tensions sur la démographie médicale. L'impact de la contractualisation en prévention et protection de l'enfance entre l'État et les départements, qui vise à renforcer l'intervention préventive de la PMI, est souvent limité par des tensions RH majeures.

La santé scolaire, qui participe à la réussite scolaire des élèves et à la réduction des inégalités en matière de santé, est également confrontée de longue date à des difficultés de ressources humaines qui entravent son action.

Les interventions de différents acteurs doivent donc se renforcer, notamment dans les territoires prioritaires en matière de réduction des inégalités territoriales du fait d'un indice de précarité élevé et de la faiblesse de l'offre de santé de l'enfant. Ces actions doivent être accessibles à tous les enfants, notamment à ceux particulièrement vulnérables (enfants concernés par une pathologie périnatale, enfants vivant en situation de précarité, enfants en danger, enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), etc.).

Ceci nécessite une mobilisation conjointe et structurée des services départementaux, des offreurs de soins, de l'ARS, voire d'autres institutions. La mise en place d'organisations permettant de répondre aux besoins doit être recherchée, en renforçant la place de la PMI, de la santé scolaire et du secteur de pédopsychiatrie lorsque c'est possible, en s'appuyant sur des organisations innovantes, en particulier sur les dispositifs mis en place dans le cadre des grandes stratégies nationales déployées ces dernières années (stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ; feuille de route des 1 000 premiers jours ; stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance…) ou dans le cadre de la déclinaison attendue des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. Par ailleurs, de nombreux leviers en faveur de la santé de l'enfant sont à la main des communes, notamment dans le développement des apprentissages en lien avec les espaces extérieurs.

La thématique de la santé de l'enfant est également présente dans les axes 1, 2, 3, 4 et 6 du PRS. L'ensemble des approches se complètent.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Renforcer le pilotage de la politique régionale de santé de l'enfant

- **Mettre en place une gouvernance régionale de la santé de l'enfant (commission régionale santé de l'enfant, santé de l'adolescent)** ainsi que des gouvernances départementales, associant notamment rectorats, service de l'aide sociale à l'enfance, PMI, santé scolaire, notamment dans le cadre de la déclinaison des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.
- Renforcer la place des grands dispositifs de prévention individuelle organisée destinés aux enfants (PMI et santé scolaire).
- Renforcer les actions d'enseignement et recherche en pédiatrie, en particulier les actions de recherche interventionnelle en promotion de la santé de l'enfant. Ces actions de recherche pourront notamment s'appuyer sur les bases de données gérées territorialement, en incluant une amélioration systématique de la qualité des recueils.

Renforcer l'offre francilienne de prévention et de promotion de la santé de l'enfant

- **Garantir l'accès à un « panier de services de prévention »[11] pour tous les enfants, notamment les plus jeunes, y compris les enfants en situation de handicap.**
- Développer des actions collectives de promotion de la santé et de prévention, en particulier sur les champs d'intervention prioritaires de la stratégie des 1 000 premiers jours.
- Renforcer les actions visant à promouvoir les compétences psychosociales des parents comme des enfants.

Structurer une offre accessible aux enfants en situation de vulnérabilité

- Structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du neuro-développement. Renforcer le programme régional de suivi des enfants vulnérables.

11 Le contenu des services a été défini dans le projet régional de santé 2 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29141/download?inline

- Mieux structurer la prise en charge sanitaire des enfants en danger ou des enfants protégés.
- Développer, en lien avec les acteurs du PRAPS, des stratégies renforcées de promotion de la santé et d'accès aux soins des jeunes enfants en situation de grande pauvreté.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **Mettre en place une gouvernance régionale de la santé de l'enfant,** dotée d'un tableau de bord régional des besoins, des ressources et des usages de ces ressources en santé du jeune enfant, décliné à un niveau territorial fin.
- Intensifier la prise en compte des déterminants sociaux, notamment de la précarité et de ses conséquences, ainsi que de l'impact du logement et de l'habitat.
- **Renforcer, dans les suites de la dynamique créée par les contractualisations en prévention et protection de l'enfance, des partenariats avec les services de PMI autour des thématiques conjointes de périnatalité et santé de l'enfant :** promotion de la santé, accès aux soins des populations, vaccination, santé des enfants confiés…
- Tirer les conséquences de l'expérimentation « Santé protégée » et travailler à étendre les bonnes pratiques issues de cette expérimentation.
- Renforcer l'offre en prévention et promotion de la santé pour les jeunes enfants : bilans de santé à l'école, vaccinations, prévention bucco-dentaire, éducation nutritionnelle, prévention de l'obésité, prévention des addictions sans substance (écrans), juste recours aux urgences, etc., en lien notamment avec la santé scolaire. À ce titre, l'initiative portée par le conseil territorial de santé du Val-d'Oise et l'Agence, consistant à mettre en place une « attestation scolaire de santé-prévention » à destination des collégiens, pourra faire l'objet d'un déploiement plus large.
- Soutenir tous les leviers portant sur la question des ressources humaines en santé, en particulier la diversification des professionnels de santé amenés à contribuer spécifiquement à la prise en charge des enfants : encourager les formations visant à renforcer les compétences pédiatriques des médecins généralistes des territoires ; systématiser une formation à la prévention et la promotion de la santé ; soutenir les liaisons en pédopsychiatrie ; expérimenter des prises en charge pluridisciplinaires et de pratiques avancées, etc.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- Structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du développement, pour proposer une offre graduée de professionnels formés et organisés :
  - améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du neuro-développement du jeune enfant, des troubles spécifiques des apprentissages, des troubles du spectre autistique ;
  - améliorer la prise en charge précoce et les orientations des enfants vulnérables présentant des pathologies en rapport avec leur pathologie périnatale ;
  - renforcer le repérage précoce en poursuivant les actions de sensibilisation autour des enjeux de santé, des professionnels au contact des jeunes enfants, dans les milieux scolaires, périscolaires et de la petite enfance ;
  - améliorer la prise en charge des enfants repérés par les dispositifs de dépistage néonatal en structurant l'offre de diagnostic et de prise en charge ;
  - accompagner la création des dispositifs dédiés au parcours de santé des enfants en danger et des enfants confiés ;
  - déployer et renforcer les innovations qui répondent aux besoins spécifiques des enfants en situation de vulnérabilité, en lien avec nos partenaires : AP-HP, DRIHL, associations (LHSS périnatalité, équipes mobiles santé précarité, suivi pluridisciplinaire des enfants vulnérables, article 51 santé protégée, etc.).

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Agir contre les inégalités de santé chez les adolescents et les jeunes

Diagnostic et enjeux

La région Île-de-France compte 12 millions d'habitants dont 2 370 188 habitants de 10 à 24 ans (Insee, estimation 2021), 680 500 étudiants (Insee, 2017), soit 27 % des étudiants de France et 126 986 apprentis, en hausse de 46 % depuis 2018 (Insee, 2022) ; 26 % des habitants de la région ont moins de 20 ans, contre 24 % en moyenne au niveau national. La répartition géographique des jeunes dans les départements franciliens est contrastée et tient compte des facteurs suivants : évolution des comportements résidentiels, dynamique immobilière francilienne, niveau de fécondité et rythme de construction des nouveaux logements. À Paris, les scénarios prévoient la diminution du nombre de jeunes de moins de 20 ans tandis qu'en Seine-Saint-Denis, une forte augmentation est attendue à l'horizon 2050[12].

Les adolescents et les jeunes perçoivent leur état de santé comme bon, mais il existe un niveau de plaintes somatiques et psychiques élevé chez les collégiens et lycéens (stress lié au travail scolaire, cyberharcèlement, harcèlement scolaire), une santé mentale préoccupante avec un risque de dépression élevé pour un quart des jeunes de 17 ans en Île-de-France et une augmentation des pensées suicidaires, plus élevées chez les filles.

On note également un usage problématique d'alcool et de cannabis (plus élevé chez les garçons, les apprentis et les jeunes hors système scolaire) et des habitudes de sommeil inadéquates (17,8 % des adolescents sont insomniaques, 40 % en restriction de sommeil et 20 % en privation). Enfin, les comportements défavorables à la santé (mauvaise alimentation, manque d'activité physique, sédentarité) sont également en augmentation et semblent avoir été exacerbés pendant les périodes de confinement et de mesures de gestion de la crise sanitaire de 2020-2021, avec depuis, pour certains jeunes, un maintien des difficultés liées à la transformation du lien social influençant la santé mentale et la sédentarité. De manière générale, les indicateurs relatifs à la santé sont plus défavorables pour les adolescents vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et sont socialement distribués au regard des catégories socio-professionnelles (CSP) des parents, des revenus moyens du lieu de vie ou des orientations éducatives et professionnelles. Dans ces territoires, les problématiques liées à la prise d'autonomie des jeunes adultes (accès à l'emploi, au logement autonome) sont des facteurs ayant un impact défavorable sur leur santé, en particulier leur santé mentale.

Définir et catégoriser les jeunes est complexe, et recouvre des situations très diverses. Face à cette complexité, **le choix de l'ARS Île-de-France est de regrouper les actions à mener, notamment en santé, dans une logique de continuité entre l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte.** Cette période est en effet caractérisée par une prise d'autonomie mais également la mise en place de facteurs et de modes de vie décisifs pour l'ensemble de la vie d'adulte. Les actions menées dans le cadre du projet régional de santé ont donc vocation à favoriser une socialisation, une éducation et une insertion professionnelle, éviter l'entrée dans les addictions et les conduites à risque, promouvoir la santé mentale positive, promouvoir la santé sexuelle, en particulier pour les femmes et les minorités de genre, et viser la réduction des inégalités de santé entre jeunes.

Ainsi, afin de répondre à cet enjeu, l'Agence propose d'orienter les interventions auprès des adolescents et des jeunes adultes dans une perspective d'universalisme proportionné, en fonction de la situation des jeunes (jeunes scolarisés, adolescents fragiles, en difficulté d'insertion, jeunes travailleurs, étudiants, jeunes sous main de justice, jeunes en situation de handicap). Cette approche sera couplée à un ciblage territorial renforcé via les indicateurs sociaux (IDH-2 (indice de développement humain) des communes, indice de défavorisation sociale, indice de position sociale des établissements scolaires).

À cet effet, un travail partenarial renforcé sera recherché avec les acteurs des politiques éducatives et de jeunesse (Éducation nationale et enseignement supérieur, collectivités), les acteurs de la protection de l'enfance (conseils départementaux, PJJ), les acteurs de l'insertion et ceux de la politique de la ville, notamment via les programmes de réussite éducative, le contrat d'engagement jeunes, le programme régional pour l'insertion des jeunes et la contractualisation de la politique de la ville à l'échelle des EPCI.

12 Le scénario tendanciel de l'Insee prévoit une augmentation de 88 000 jeunes de 0 à 20 ans entre 2013 et 2050, portée principalement par la fécondité.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Implémenter des programmes de renforcement des compétences psychosociales (CPS) auprès de l'ensemble des adolescents dans une logique d'universalisme proportionné

- **Animer et rendre opérationnels les comités territoriaux prévus par la stratégie nationale de renforcement des compétences psychosociales 2022/2037 en lien étroit avec l'Éducation nationale, les conseils départementaux, les préfets délégués à l'égalité des chances et les CAF.**
- Outiller les acteurs franciliens pour multiplier la capacité d'intervention en renforcement des CPS : faire émerger un acteur ressource de référence dans chaque département.
- Augmenter significativement le nombre d'établissements scolaires labellisés « cité éducative » bénéficiant d'un programme de renforcement des CPS.
- Orienter l'allocation des ressources financières et la capacité d'intervention pour le déploiement de programmes de renforcement des CPS vers les établissements scolaires à l'index de position sociale défavorable.
- Déployer des programmes de renforcement des CPS dans les établissements d'enseignement professionnel et les centres de formation d'apprentis.
- Inclure les élèves en situation de handicap dans les programmes déployés en milieu scolaire ou ASE, et promouvoir la mise en place de programmes fondés sur le renforcement des CPS auprès des jeunes en situation de handicap dans le secteur médico-social.

Réduire les inégalités de santé entre jeunes en renforçant le pouvoir d'agir et les facteurs et actions positives pour la santé

- Développer les programmes de prévention et promotion de la santé, fondés sur le pouvoir d'agir et l'intervention par les pairs (cf. fiche 1.1, notamment).
- Promouvoir l'autodétermination des jeunes en situation de handicap en favorisant leur accès aux droits et aux programmes de prévention (cf. fiche 2.4).

- Renforcer la capacité à agir pour la santé des associations de jeunes : associations d'étudiants, de proximité, associations culturelles, ADEPAPE (Association départementale d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance), associations de jeunes LGBT, etc.
- Améliorer la capacité de l'environnement (physique, social et institutionnel) des jeunes à être un facteur positif pour leur santé, en lien avec la démarche école promotrice de santé, les collectivités territoriales, les CAF, etc.
- Lier la politique d'inclusion et d'accès à l'éducation et à l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap aux démarches de promotion de la santé dans une logique d'autonomisation.

Renforcer les programmes de prévention primaire à destination des adolescents et jeunes adultes autour des principaux facteurs de risque pour la santé

- Étendre la couverture vaccinale, en particulier la protection contre le papillomavirus, via la proposition de vaccination en classe de 5e et l'élargissement de la possibilité de vaccination pour les adolescentes mais également les adolescents.
- Améliorer la capacité des dispositifs d'accueil destinés aux jeunes à s'articuler et à ne laisser aucun jeune sans solution d'accompagnement (individuel ou collectif) quand nécessaire, en particulier en renforçant les capacités d'accueil et de coordination des Maisons des adolescents (MDA) en lien avec les autres acteurs (PAEJ (points accueil et écoute jeunes), espaces santé jeunes (ESJ)…), et la mise en réseau des acteurs de la santé des étudiants avec les acteurs de santé des territoires de proximité.
- Décliner de manière ciblée vers les jeunes les plus fragiles, dont les jeunes en situation de handicap, le dispositif de consultations de prévention aux âges clé de la vie, notamment sur la santé orale, la nutrition, la sédentarité et la santé sexuelle.
- En lien étroit avec les moyens mobilisés par les conseils départementaux, une attention sera apportée aux enfants et mineurs confiés à l'ASE, tant en termes de santé globale que de santé mentale.
- Renforcer la mise en œuvre auprès des jeunes des dispositifs de prévention et de dépistage précoce en santé mentale (cf. fiches 1.6, 2.7 et 6.2).
- Renforcer les programmes partenariaux de prévention primaire autour de la nutrition, de l'activité physique et de la santé mentale.

Actualiser et mettre en œuvre des feuilles de route spécifiques en direction de certains groupes de jeunes

- Élaborer et mettre en œuvre une feuille de route pour la santé des étudiants, construite en lien avec les universités, la région académique, les trois Crous et les représentants des étudiants.
- Mettre en œuvre une feuille de route, en lien avec les services de protection de l'enfance, pour la santé des mineurs non accompagnés.
- Mettre en œuvre les mesures du partenariat ARS/Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Consolider et amplifier le partenariat avec les trois rectorats d'académie autour de thématiques prioritaires : santé mentale, addictions, santé sexuelle, alimentation, activité physique, prévention des risques auditifs, en déclinant la convention quadripartite.
- Mobiliser les Maisons des adolescents dans toute l'étendue du cahier des charges national, afin de renforcer leur rôle en promotion de la santé. Contractualiser dans un cadre pluriannuel avec les Maisons des adolescents autour de cette responsabilité territoriale.
- Coordonner les acteurs de la santé des étudiants, en particulier les acteurs de prévention et d'accompagnement en santé mentale : services de santé étudiants, associations, bureaux d'aide psychologique universitaires, professionnels de santé, établissements et services médico-sociaux (ESMS).
- Travailler en lien étroit avec les collectivités territoriales afin de produire des politiques favorables à la santé des jeunes à travers les Contrats locaux de santé, les Conseils locaux de santé mentale, les Cités éducatives, les contractualisations en prévention et protection de l'enfance et la politique de la ville.
- **Relancer la commission de coordination des politiques publiques de prévention proposée à l'axe 6, et prioriser ses premiers travaux autour de la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes.**
- Promouvoir les interventions coordonnées dans un territoire, à l'image des coopératives d'acteurs en prévention ou des Cités éducatives.
- Accompagner la mise en place de centres de santé par les services de santé étudiants.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Promouvoir la santé des femmes

Diagnostic et enjeux

Les questions de santé des femmes recouvrent des préoccupations très diverses, certaines relevant d'un contexte social, d'autres plus directement impactées par la prise en charge sanitaire.

Les conditions de vie et d'environnement, notamment au travail, exposent différemment les femmes et les hommes aux risques de santé, et peuvent être sources d'inégalités de santé. En effet, s'agissant des facteurs de risque et de pénibilité au travail sous-estimés chez les femmes, on peut notamment évoquer : les activités en horaires décalés, les risques psychosociaux touchant plus gravement les femmes, le constat de renoncements aux soins plus fréquents que chez les hommes, mais également une attention moindre à l'hygiène de vie (activité physique, par exemple). À cela s'ajoutent les charges domestiques et familiales plus lourdes pour les femmes (engendrant une charge mentale significative), une probabilité d'exposition aux violences plus importante, ainsi qu'un plus grand impact des nuisances environnementales chez les femmes, notamment en périodes préconceptionnelle et prénatale…

En matière d'accès à des droits spécifiques, la question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est centrale : en 2020, environ 220 000 IVG ont été réalisées en France, toutes méthodes confondues, dont 24 % en Île-de-France. L'ARS Île-de-France est engagée sur le champ de l'amélioration de l'accès à l'IVG depuis plus de dix ans, avec le programme FRIDA : Favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (2014-2017), puis le plan régional d'accès à l'IVG d'Île-de-France (depuis 2017), en intégrant les évolutions législatives de 2016 et 2022. Ces programmes, articulés autour de la notion de parcours de santé dans le recours à l'avortement, intègrent aussi bien la dimension de promotion de la santé que la question centrale de l'accès aux soins, ou bien encore l'approche qualitative de la prise en charge médicale.

La contraception représente également un enjeu de santé publique important. Des évolutions récentes permettant une extension de la gratuité des contraceptifs auprès des moins de 26 ans constituent une occasion de renforcer l'action de l'agence sur ce champ.

S'agissant des violences faites aux femmes, en 2021 en France, 122 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire. À ce jour, on estime qu'environ 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols

et/ou de tentatives de viol au cours d'une année avec, dans la grande majorité des cas, des agressions perpétrées par des proches et qui ne conduisent que rarement à des dépôts de plainte de la part des victimes (seules 12 % d'entre elles portent plainte). C'est notamment suite à ces constats que le Grenelle de 2019 contre les violences conjugales a permis d'aboutir à des mesures concrètes telles que la mise en place de dispositifs sanitaires de prise en charge des femmes victimes de violences au sein de structures hospitalières. Cette mesure a conduit au soutien de dix dispositifs en Île-de-France.

Enfin, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a démontré, au travers d'un rapport publié en 2020, que la prise en compte du genre en santé permet d'analyser plus précisément les pathologies, de formuler de nouvelles hypothèses de recherche et de construire des stratégies de prévention et de traitement plus efficaces. Ainsi, qu'il s'agisse de la méconnaissance des symptomatologies spécifiques aux femmes, de la sous-représentation des femmes dans certaines études cliniques ou encore du manque de prise en compte des impacts spécifiques des conditions de vie et d'environnement sur la population féminine, il apparaît nécessaire de travailler à une meilleure inclusion en santé. En effet, si la notion de soins se veut universelle, il est important d'être en mesure de prendre en compte les spécificités de chaque personne lors de prises en charge sanitaires afin d'assurer une équité de traitement.

Dans le cadre de la santé des femmes, cela signifie pour les professionnels de santé d'être en mesure d'offrir un espace de soins inclusif qui prenne notamment en compte l'influence du genre et neutralise autant que possible les biais implicites et explicites qui peuvent exister et représenter un frein dans l'efficacité des prises en charge.

Les objectifs de cette fiche sont à mettre en lien avec les actions relatives, notamment, à la santé sexuelle et la politique vaccinale (cf. fiches 1.7 et 1.8), **ainsi que celles liées à la santé périnatale** (cf. fiches 1.2 et 2.8) et au parcours cancer (cf. fiche 2.9).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Assurer une meilleure compréhension des enjeux liés à l'inclusion en santé afin de réduire les expositions spécifiques et de favoriser des prises en charge toujours plus efficaces

- **Favoriser les partenariats entre le secteur de la recherche et les professionnels de santé autour des enjeux d'inclusivité en santé,** pour améliorer la connaissance par les professionnels de santé (actuels et en devenir) des pathologies et symptomatologies spécifiques aux femmes, puis pour les sensibiliser/former à la réalisation de prises en charge plus inclusives et intersectorielles, notamment pour les femmes les plus vulnérables.
- Réduire l'impact des expositions sociales, professionnelles et environnementales qui pèsent plus spécifiquement sur les femmes (rythmes de travail, transports, rythmes de vie, etc.).
- Diffuser plus largement l'avis rendu par le **Comité consultatif national d'éthique (CCNE) relatif à la notion de consentement dans le cadre des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité**[13].

Favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'IVG et encourager l'accès à une contraception adaptée aux besoins spécifiques des femmes

- Actualiser le plan régional d'accès à l'IVG, en assurant une offre de proximité sur l'ensemble des territoires et en garantissant aux femmes le choix de la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse).
- Garantir une prise en charge de qualité et en proximité des IVG après 14 semaines d'aménorrhée dans les cas prévus par la législation.
- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé prescripteurs à la variété de l'offre contraceptive, et assurer la diffusion d'information sur le sujet auprès du grand public, en particulier les publics jeunes.
- Renforcer la diffusion d'information concernant les mesures de gratuité des préservatifs masculins et de certains contraceptifs féminins pour les moins de 26 ans.

13 Avis 142 du CCNE, Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité.

Améliorer la réponse sanitaire dans la prise en charge des femmes victimes de violences

- Poursuivre le soutien aux dispositifs de prise en charge sanitaire dédiés aux femmes victimes de violences identifiés dans l'appel à projets régional, afin de renforcer l'offre de services et d'assurer une montée en charge progressive de l'activité.

NB : Les enjeux de prise en charge de l'endométriose font l'objet d'une fiche thématique spécifique de l'axe 2 du présent schéma).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Actualiser le plan régional d'accès à l'IVG et consolider les partenariats avec les acteurs régionaux engagés sur le champ des IVG et de la contraception en Île-de-France (centres de santé sexuelle via les conseils départementaux, associations, etc.).
- Engager une campagne d'information auprès des professionnels de santé sur la prise en compte de la diversité des contraceptifs afin d'assurer une prescription optimale selon les profils des patientes.
- Relayer les informations ciblées auprès des jeunes femmes concernant l'offre de gratuité des contraceptifs, en lien avec les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic).
- Animer le réseau des dispositifs de prise en charge sanitaire des femmes victimes de violences soutenus en Île-de-France.
- Renforcer les partenariats avec les acteurs régionaux engagés sur le champ des violences faites aux femmes en Île-de-France (associations, Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), conseils départementaux, etc.).
- Engager des actions de sensibilisation/formation sur les enjeux d'inclusivité en santé et de prise en charge intersectorielle auprès des professionnels de santé.
- Encourager une démarche analytique (études épidémiologiques et en sciences sociales et humaines, démarches partenariales par branches, etc.) visant à faciliter la prévention et la prise en compte de l'impact des conditions de vie et d'environnement des femmes, notamment au travail (dans le cadre du plan régional santé au travail (PRST) 4, en lien avec la DRIEETS et l'Observatoire régional de santé).

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Développer une politique de promotion de la santé mentale

Diagnostic et enjeux

En matière d'investissement social, il est acquis que les interventions les plus précoces (grossesse et petite enfance) ont un meilleur impact sur la santé mentale des populations. Les programmes de développement des compétences psychosociales des enfants de moins de 12 ans ont montré leur efficacité pour prévenir les difficultés de santé mentale à court, moyen et long terme.

La prévention du suicide est notamment un enjeu majeur de santé publique. Bien que le taux de suicide soit en baisse tendancielle depuis 20 ans, la France présente l'un des taux les plus élevés d'Europe, avec 9 203 décès estimés en 2017[14]. Au cours des 12 derniers mois, 4 % des Franciliens de 18-85 ans ont déclaré avoir pensé à se suicider, proportion comparable à celle observée dans le reste de la France. En Île-de-France, un passage à l'acte concerne 6 % des personnes de 18-85 ans, les femmes bien plus que les hommes (respectivement 7 % et 4 %).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Dans une perspective de prévention et de promotion de la santé mentale, trois grandes stratégies sont priorisées sur la région pour les années à venir, impliquant des acteurs institutionnels et les populations.

- **Le soutien au déploiement des programmes de développement des compétences psycho-sociales des enfants de moins de 12 ans**
  - Renforcer l'ancrage des programmes dans le quotidien des enfants et coordonner leur déploiement sur les territoires visés comme prioritaires par concertation des acteurs impliqués.
  - Coordonner, planifier au niveau départemental entre les trois acteurs clés (ARS, Éducation nationale et conseil départemental) des actions des différents secteurs, en tenant compte des réalités locales et des besoins territoriaux.

14 Observatoire national du suicide, 5e rapport, septembre 2022.

– Appuyer et accompagner au niveau régional par le groupe projet régional.

– À l'issue du PRS, atteindre l'objectif de 200 000 enfants de 3 à 12 ans bénéficiaires de la politique de déploiement des compétences psychosociales (CPS).

- **La généralisation des premiers secours en santé mentale (PSSM) :** faire de chacun un acteur de la promotion et de la prévention en santé mentale. Afin de garantir une promotion de la santé mentale cohérente et efficiente, il s'agit d'impliquer tous les citoyens pour leur propre santé mentale et celle de leur prochain.

  – Soutenir le déploiement de PSSM au sein des services de santé des universités : faire en sorte que l'ensemble des étudiants d'Île-de-France aient la possibilité de devenir des secouristes en santé mental.

  – Viser le déploiement de PSSM auprès des groupes vulnérables en population générale.

  – Sensibiliser également les soignants aux PSSM.

- **La stratégie multimodale de prévention du suicide**

  – Piloter l'adaptation et le déploiement de la stratégie nationale avec les acteurs (professionnels, associatifs, etc.) de la région.

  – Se doter d'outils de suivi innovants et fiables des suicides et tentatives de suicide, dont la mise en place d'un système d'information cohérent pour les dispositifs VigilanS.

  – Déployer les formations au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise : une stratégie régionale de déploiement des formations des professionnels et de constitution de dispositifs sentinelles est construite, et doit être déployée.

  – Accompagner l'implantation des dispositifs VigilanS : soutien, extension et déploiement du dispositif de veille après une tentative de suicide. La région est entièrement couverte mais l'implantation territoriale devra être consolidée. Assurer l'extension spécifique vers les adolescents et les détenus est un objectif pour les années à venir.

  – Accompagner l'implantation du centre répondant 3114 sur la région.

  – Prévenir la contagion suicidaire en identifiant les personnes et lieux à risque et en proposant une aide adaptée. Un travail partenarial avec les acteurs concernés est nécessaire pour identifier les hotspots et le développement de la postvention.

  – Informer le public de la prévention au suicide par différents canaux.

Au-delà de ces trois grands axes prioritaires, la prévention et la promotion de la santé mentale relèvent de nombreuses autres actions stratégiques qui doivent être soutenues et structurées afin d'agir sur les déterminants de la santé mentale. Entre autres :

- le développement de l'information sur la santé mentale, de la déstigmatisation et de la littératie en santé mentale des populations,
- les programmes de prévention précoce et de promotion de la santé mentale lors de la périnatalité ou la petite enfance,
- l'accès facilité à une prise en charge dans des délais courts pour les victimes de psycho-traumatisme,
- les associations communautaires et de lutte contre l'isolement et le lien social,
- les programmes de prévention du harcèlement scolaire en partenariat avec l'Éducation nationale.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Soutenir les programmes de prévention en santé mentale et des programmes de développement des compétences psycho-sociales, mais aussi des formations en prévention du suicide, des PSSM, etc. Les financements seront priorisés au regard des besoins territoriaux et populationnels lorsque des financements par d'autres acteurs ne sont pas possibles.
- Coordonner des actions : au niveau départemental et régional, notamment pour des déploiements stratégiques de programmes de prévention.
- Coopérations entre les institutions : coordination des partenariats structurants de l'Agence.
- Développer et promouvoir les outils numériques de prévention en santé mentale, notamment par l'intermédiaire d'appels à projets (ex. : Startups d'État), ou les outils référencés dans le catalogue d'applications de « Mon espace santé ».
- Un ensemble de feuilles de route permettront de définir de façon opérationnelle les moyens d'extension large de cette action, en intégrant en particulier les contraintes de stabilité à long terme, de partenariat élargi et de prise en compte des contextes sociaux.

Promouvoir la santé sexuelle

Diagnostic et enjeux

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) pour les années 2017-2030 reconnaît la santé sexuelle comme un élément indispensable à la santé, dans une approche globale et positive de la santé sexuelle. Elle vise à permettre à toutes et à tous, quel que soit l'âge ou la situation de handicap, une sexualité épanouie, parce que bien informée, sans violence ni contrainte, sans risque et respectueuse des différences de genre et d'orientation sexuelle.

Elle inclut à la fois la lutte contre les risques infectieux liés à la sexualité, dont la lutte contre le VIH/sida, l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle veille aux besoins de toutes et de tous. Le développement d'une approche positive de la santé sexuelle, source d'équilibre mental et social, est également nécessaire, incluant le rappel des droits et la lutte contre les discriminations et les violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle. Une attention particulière est nécessaire vis-à-vis des personnes porteuses de handicap, ou atteintes de maladies chroniques, et de leur entourage, familial ou institutionnel.

L'Île-de-France concentre de nombreuses problématiques liées à la santé sexuelle. Le territoire est fortement marqué par la circulation du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment chez les plus jeunes. Sur les 60 000 personnes vivant avec le VIH en Île-de-France, environ 12 000 l'ignorent, le renforcement du dépistage régional est donc crucial afin que les personnes concernées puissent bénéficier d'un traitement et que la pandémie régresse, en s'appuyant sur les outils de la prévention combinée (prophylaxie pré-exposition ou PrEP, traitement post-exposition ou TPE, préservatif, traitement précoce).

Les IST (syphilis, gonococcie, chlamydiose) sont en augmentation constante depuis plusieurs années, particulièrement chez les jeunes de 15 à 25 ans. Ces infections sont des facteurs favorisant l'infection par le VIH, mais aussi une cause importante de stérilité en cas d'infection chez la femme.

En 2016, parmi les jeunes Franciliennes sexuellement actives, **13,3 % avaient eu une grossesse non prévue dans les cinq années précédant l'enquête,** et parmi les Franciliennes de 15-25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels non exclusivement homosexuels, elles étaient 12,1 % à déclarer avoir eu une IVG au cours de leur vie (source : ORS Île-de-France).

On observe par ailleurs un développement préoccupant des **relations sexuelles sous l'emprise de produits psychotropes (« chemsex »), source à la fois de problèmes d'addiction et de mauvaise prise en compte des risques encourus** (IST dont VIH, virus de l'hépatite B (VHB) et virus de l'hépatite C (VHC)), y compris en termes de violences sexuelles.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Assurer à toutes et tous un accès à une contraception adaptée aux besoins et aux souhaits de chacune et de chacun. L'IVG est accessible à toutes sur tout le territoire et dans les délais légaux (cf. fiche 1.5).
- Promouvoir une sexualité choisie, libre et épanouie par une information ouverte et adaptée à tous les âges, et une formation initiale puis continue des professionnels de santé, médico-sociaux (personnes âgées et personnes en situation de handicap) mais aussi des secteurs éducatif et social, en tant que référents/accueillants de premier recours.
- Renforcer la diffusion de l'offre de prévention combinée du VIH (centres spécialisés, médecin et sage-femme libéraux) et l'accompagner d'un appui à l'expression de la demande des groupes qui en restent encore éloignés (PrEP et dépistage en particulier).
- Assurer le respect effectif des droits des personnes à accéder à une information, un accompagnement et des soins adaptés et respectueux des identités et des souhaits de chacun en matière de santé sexuelle, et au-delà (droits sociaux et politiques).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Pour atteindre ces objectifs, les principes de proximité et de co-construction avec tous les acteurs engagés, dont les personnes concernées, seront particulièrement respectés

- Former les acteurs de premier recours (de la prévention, du soin mais aussi de l'éducation et de l'accompagnement social) à la fois en formation initiale et en formation continue. Cette formation inclut l'attitude d'accueil bienveillant et adapté des populations discriminées (rôle des instituts de formation (IFSI, IFTS), des universités de santé,

des sociétés savantes et de formation continue…). Elle devra mobiliser l'expertise des acteurs communautaires/pairs/patients experts pour l'élaboration des cursus et l'enseignement au côté des académiques/spécialistes (rôle des COREVIH (comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine)).

Parmi les objectifs de ces formations :

- Former l'ensemble du personnel de santé travaillant sur l'intimité de la personne (médecin, sage-femme, IDE, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue…), sur le bon accueil, le respect de la personne et la réorientation pour développer le repérage des besoins et les propositions d'appui/de soins (opportunités manquées). L'avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique en 2023, relatif au consentement et au respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité, a notamment vocation à être diffusé auprès des professionnels de santé.
- Inclure la santé sexuelle dans les catalogues internes de formation continue (AP-HP, autres hôpitaux, ESMS…) pour toutes les catégories de personnel.
- Sensibiliser et former les personnels des services et établissements accompagnant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et/ou atteintes de troubles neuro-dégénératifs.
- Former les professionnels de la jeunesse, y compris le monde sportif, sur le repérage des besoins et l'accompagnement dans ou vers le soin en santé sexuelle (ASE, PJJ…) en prenant en compte les besoins différenciés selon le genre.
- Au sein de l'Éducation nationale : généraliser les initiatives rectorales permettant de faire des trois séances annuelles d'éducation à la vie affective et sexuelle requises par le décret de 2001 un objectif réalisable. Il conviendra d'y associer les parents d'élèves en leur délivrant l'information la plus pertinente.
- Renforcer la reconnaissance des médiateurs et médiatrices pairs ainsi que leur rôle à chaque étape des parcours de santé sexuelle et dans les divers lieux et structures où se révèlent des besoins et où s'expriment des demandes dans le champ de la santé sexuelle : (information, dépistage, navigation vers le soin, soutien social…). Pour cela, systématiser l'usage des référentiels métiers et bonnes pratiques en cours d'élaboration dans le cadre national à la suite des CNR.
- Développer, évaluer et étendre les programmes de recrutement et d'accompagnement de pairs éducateurs en santé au collège, au lycée et en université (élèves relais santé, ambassadeurs santé…), y compris dans des structures adaptées pour des publics particuliers (personnes en situation de handicap, jeunes de l'ASE ou de la PJJ…), en prenant en compte les besoins différenciés selon le genre.
- Renforcer les réseaux locaux des acteurs en santé sexuelle afin de proposer une offre lisible et accessible à toutes et tous. Les structures et professionnels spécialisés (CeGIDD, centres de santé sexuelle (CSS)/centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), associations communautaires…), doivent notamment être mieux connus et reconnus dans leur bassin de vie, à la fois pour répondre aux besoins des personnes et pour mobiliser et soutenir les acteurs de premier recours (professionnels de santé en ville, acteurs sociaux ou éducatifs…) dont l'information et la formation seront renforcées en partenariat avec l'Assurance maladie et les URPS.
- Mobiliser les outils numériques comme Maillage, Santégraphie ou Santé.fr (basés sur des référentiels nationaux) incluant des clés de repérage spécifiques aux questions de santé sexuelle conformément à ce qui est prévu dans la seconde feuille de route 2022-2024, déclinaison opérationnelle de la SNSS.
- Mettre en place des temps de concertation/regroupement/formation organisés avec l'appui des COREVIH (lien avec les CPTS, Contrats locaux de santé (CLS)…). L'offre de réponse s'adapte à la réalité des besoins sur le territoire, en fonction d'un diagnostic collectif, multi-acteurs.
- Structurer la communication en direction des groupes clés et éloignés du système de santé, en déployant des outils/méthodes adaptés (traduction, pairs) : migrants, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (HSH, FSF) et personnes transgenres, travailleuses du sexe, détenus. Une vigilance sera apportée quant aux discriminations liées au genre et/ou à l'orientation sexuelle, et au soutien aux dispositifs de réponse (sociale, légale, psychologique), particulièrement par les pairs.
- Renforcer la sensibilisation à la vie affective et sexuelle (VAS) et aux violences faites aux femmes (VFF) des personnes en situation de handicap, notamment celles accueillies en services et établissements médico-sociaux, en s'appuyant sur l'extension de la démarche Handigynéco (interventions individuelles ou collectives) et la mobilisation de la plateforme Intimagir portée par le CREAI (Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) d'Île-de-France.

- Accompagner les patients atteints de maladies neuro-dégénératives et leur entourage professionnel ou familial (aidants) en cas de comportements inadaptés à caractère sexuel (rôle des centres ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) Île-de-France).
- Soutenir les professionnels amenés à prendre en charge des auteurs de violence sexuelle (rôle des CRIAVS).
- Renforcer les outils de surveillance des principaux indicateurs de santé sexuelle (e-DO du VIH, rapport d'activité des CeGIDD, informations issues des acteurs associatifs, en lien avec Santé publique France (SPF), les COREVIH et l'ORS (analyses locales ou ciblées sur des populations, des pratiques…)) afin d'adapter les actions et d'évaluer l'impact des politiques.
- Renforcer l'offre de dépistage des IST, dont le VIH, en réponse aux nouveaux publics ou aux nouvelles problématiques identifiées : extension des programmes de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH/VHC/VHB et syphilis ; promotion/évaluation des projets d'autotest ou autoprélèvement ; communication renforcée sur les nouveaux dispositifs en lien avec l'Assurance maladie et les laboratoires de ville (VIHTest, IST sans ordonnance) et élargissement des bénéficiaires aux personnes sans droits sociaux ouverts ; mise en lien avec l'offre de PrEP (protocole de coopération médecin/IDE).
- **Accélérer le déploiement de la PrEP** et l'intégrer dans le parcours de soins généraliste et en santé sexuelle, pour les femmes en particulier, en répondant aussi (d'abord) aux autres besoins exprimés (santé reproductive, stabilité sociale, affection chronique…) ; disposer d'outils de communication ciblés/adaptés pour des publics différents ; assurer le lien entre lieux de soins/prescriptions et médiateurs pairs pour l'initiation puis l'observance ; formation/appui (COREVIH, CeGIDD, CRIPS) aux professionnels de santé et aux accueillants (MSPP, CDS, CSS/CPEF, médecins de ville, sages-femmes…).

Renforcer la stratégie vaccinale régionale

Diagnostic et enjeux

- Les données régionales de couvertures vaccinales s'améliorent régulièrement jusqu'à atteindre progressivement les 95 %, comme le recommande l'OMS pour la plupart des valences de notre calendrier national des vaccinations.
- En Île-de-France, les couvertures vaccinales des vaccins obligatoires diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche acellulaire-Haemophilus influenzae b, hépatite B, pneumocoque et rougeole-oreillons-rubéole des enfants de moins de 24 mois frôlent les attendus internationaux (proche des 94 %[15]). La vaccination contre la grippe saisonnière des résidents en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes agées dépendantes) a encore progressé durant la saison grippale 2021-2022 (90 %).
- Cependant, au-delà de ces chiffres prometteurs, d'autres valences n'affichent pas les mêmes avancées. **Alors que la France se dote de nouveaux objectifs de couverture vaccinale contre les papillomavirus (HPV) pour 2027, les chiffres franciliens de 2022 annoncent que seulement 40 % des filles de 15 ans et 11 % des garçons de 15 ans ont reçu une dose de vaccin** (respectivement 48 % et 13 % en France entière). Les taux de vaccination contre la grippe saisonnière et contre le Covid-19 pour les personnes à risques sont souvent en Île-de-France inférieurs aux autres régions métropolitaines. Si le vaccin BCG revenait en ville, une stratégie de déploiement chez les nourrissons franciliens devra être lancée.
- Bien que 82,5 % des personnes interrogées se déclarent favorables à la vaccination en général, le maintien d'une information et d'une communication objective autour de la sécurité des vaccins s'avère indispensable pour espérer gagner la confiance des Franciliens.
- La crise sanitaire Covid-19 a permis de faire émerger des stratégies et des politiques de santé innovantes telles que la vaccination au plus près des populations éloignées des effecteurs ou encore l'extension des compétences vaccinales[16].

15 Données issues du Bulletin de santé publique d'avril 2023.

16 Données issues du Bulletin de santé publique d'avril 2023.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Réaliser un diagnostic des couvertures vaccinales franciliennes**

  Si l'évaluation des couvertures vaccinales est régulièrement actualisée à l'échelle nationale, nous manquons de données à l'échelle régionale et plus encore à l'échelle territoriale (départements, établissements publics de coopération intercommunale, communal, etc.). Dans ce cadre, il s'agira d'exploiter les données du Système national des données de santé (SNDS) en travaillant de concert avec l'Assurance maladie et Santé publique France en région, afin d'établir une identification des besoins de vaccination par territoire et par typologie de population (professionnels de santé, étudiants, bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État, etc.).

- **Rendre la vaccination disponible et accessible en Île-de-France pour tous les Franciliens, en assurant une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable**

  L'enjeu est de pouvoir rendre accessible la vaccination à destination de tous les publics concernés, à tout moment du parcours de santé et par tous les professionnels autorisés à vacciner. Cette action passe par la diffusion d'information régulière aux professionnels de santé de ville, premiers acteurs de la vaccination, par exemple en apportant une meilleure visibilité aux temps préventifs déjà portés par l'Assurance maladie (consultation des 11-13 ans, consultations aux âges importants de la vie 25-45-65 ans), en mobilisant les praticiens autour de la lecture du carnet de santé et/ou en les accompagnant vers le rattrapage vaccinal.

  Cela passe également par la définition d'un nouveau cadre d'implantation et d'intervention des centres de vaccination gratuite, par une collaboration étroite avec l'Éducation nationale pour sensibiliser les jeunes et leur famille sur la vaccination et **organiser la campagne de vaccination HPV en classe de 5e**, par la mobilisation des établissements de santé en expérimentant, dans les suites de l'implication sur la vaccination contre le Covid-19 des patients à risque, la vaccination dite « opportuniste » au détour des consultations pour les personnes à besoins médicaux particuliers (ALD (affection de longue durée), grossesse, etc.) et par l'identification du rôle pouvant être joué par les structures de prévention et de prise en charge de publics spécifiques telles que les CeGIDD, centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), CAARUD, unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), etc., en évitant les logiques de silo.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Rendre la vaccination accessible passe également par la planification et l'harmonisation des conditions d'activité des centres de vaccination publics et gratuits. Ces dispositifs pilotés par les ARS[17] proposent l'ensemble des vaccinations obligatoires et recommandées du calendrier vaccinal sans conditions d'assujettissement à un régime d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire. Ces centres doivent répondre aux besoins de vaccination des populations dont les conditions socio-économiques ne permettent pas un suivi et une prise en charge par un parcours de droit commun classique. Dans le même temps, la disponibilité des vaccins au sein même de la structure est un levier pertinent pour éviter les pertes de chance de vaccination lors d'une consultation pour un motif autre (médecine générale, dépistage tuberculose, dépistages VIH/IST/hépatites).

- **Rendre l'information scientifique sur la vaccination lisible et utilisable par tous les Franciliens pour contribuer à leur appropriation**

  L'objectif est de sensibiliser les professionnels de santé et les publics aux enjeux et résultats de la vaccination. Si l'adhésion à la vaccination est globalement satisfaisante en France[18], elle présente des variations en fonction des vaccinations concernées et des différentes catégories de populations (catégories d'âge, catégories socio-professionnelles, localisation géographie, etc.). Les différentes polémiques médiatiques sont l'occasion de voir des informations non vérifiées être diffusées et parfois appropriées par la population. Les contenus de communication doivent rappeler l'intérêt individuel en mettant en avant l'intérêt collectif que peut avoir la vaccination et en évitant toute forme de stigmatisation et la culpabilisation. Dans ce cadre, des outils adaptés aux difficultés de chacun permettent d'apporter une information ciblée, juste et utile, en respectant les croyances, les cultures et les habitudes. Un travail collaboratif d'analyse des réticences à la vaccination avec les associations d'usagers ayant l'expérience du terrain doit conduire à faciliter l'appropriation du discours scientifique à des usagers parfois éloignés du système de soins.

17 Portés par des centres de santé, des centres hospitaliers ou encore des conseils départementaux au sein de leurs centres de santé départementaux.

18 Santé publique France déclare dans le Bulletin de santé publique paru en mai 2021 que 80 % des personnes interrogées dans ce cadre se déclarent favorables à la vaccination en général (contre 73,9 % en 2019) (vaccination-info-service.fr).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **L'élargissement des compétences de vaccination des pharmaciens, des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État et des sages-femmes** rendu possible par l'adaptation des textes législatifs et réglementaires doit permettre de faciliter les occasions de vaccinations en proximité des Franciliens.
- **Le travail partenarial avec l'Assurance maladie** doit permettre, dans les suites des mesures déployées dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, de décliner des actions spécifiques en complément de l'offre classique de vaccination, grâce à l'analyse des données et des démarches d'information générale d'une part, et d'information ciblée d'autre part. Dans cette perspective, l'utilisation de « mon espace santé-vaccination » est à envisager comme un outil de valorisation de la vaccination auprès du plus grand nombre.
- **L'installation d'un Copil régional est proposé pour faire vivre une collaboration étroite entre tous les acteurs impliqués dans la vaccination.** Ce Copil aura pour objectif de :

  – définir les priorités en s'appuyant sur le projet régional de santé ;

  – élaborer et formaliser une feuille de route ;

  – mettre en place un tableau de bord incluant des indicateurs préalablement sélectionnés ;

  – identifier, par l'implication des associations représentantes d'usagers, les difficultés rencontrées et déterminer des solutions organisationnelles adaptées, comme cela a été le cas encore récemment lors de l'épidémie de variole du singe durant l'été 2022.
- **Sur les territoires, l'appropriation de la feuille de route** et sa déclinaison selon les contraintes et les ressources locales se déploieront au sein des organisations en place autour de la prévention, sous l'égide des délégations départementales.

Réduire l'incidence de la tuberculose en Île-de-France

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France reste la région métropolitaine la plus touchée par la tuberculose avec 1 634 cas en 2021, soit un **taux d'incidence de 13,2 cas pour 100 000 habitants** (le double de l'incidence nationale), avec des disparités selon les départements. La tuberculose est une maladie emblématique des enjeux sociétaux de la santé. Malgré le dispositif de surveillance en France et la prise en charge de cette maladie, elle reste présente. **La tuberculose touche toute la population, mais bien davantage les personnes confrontées à la pauvreté et à la précarité ou les personnes en provenance de pays endémiques.** Il reste d'importants efforts à accomplir, en particulier en Île-de-France. Plusieurs constats ont été faits par l'Agence suite à un diagnostic réalisé dans le cadre de la réforme des centres de lutte anti-tuberculeuse entre 2019 et 2021 :

- les données épidémiologiques régionales ne sont pas exhaustives. En effet, il existe une sous-déclaration des cas de tuberculose : diagnostic et issue de traitement (54 % des cas traités ont une issue de traitement non renseignée). D'autre part, les pratiques d'enquête et de dépistage autour d'un cas, menées par les centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), ainsi que leur suivi sont hétérogènes selon les territoires ;
- parallèlement, **aucun parcours de soins n'est prédéfini pour les personnes atteintes de tuberculose,** tout en sachant que la prise en charge de ces patients requiert qu'elle soit ininterrompue et précoce, ce qui entraîne un nombre important de patients « perdus de vue » et en rupture de traitement.

Face à ces enjeux, l'Agence déploie une stratégie permettant de relever plusieurs défis à l'aide de leviers d'intervention.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Les objectifs de l'Agence s'inscrivent à la fois dans le cadre national (feuille de route nationale 2019-2023) et international (rapport OMS 2020 sur la tuberculose dans le monde). C'est dans la continuité de la déclinaison des mesures nationales et de la réforme des CLAT que l'ARS Île-de-France propose une stratégie en matière de lutte contre la tuberculose sur le territoire francilien. Celle-ci est adaptée aux fluctuations du contexte épidémiologique et aux enjeux de santé publique de notre région.

Afin d'atteindre ces objectifs stratégiques, trois leviers sont identifiés :

- améliorer et harmoniser les pratiques d'enquête autour d'un cas de tuberculose ;
- améliorer le suivi et la prise en charge des patients atteints de tuberculose maladie ;
- réévaluer les stratégies et méthodes de dépistage actif de la tuberculose.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Pour parvenir à atteindre ces objectifs, l'Agence accompagne et coordonne, d'une part, les acteurs de la lutte antituberculeuse du territoire (principalement les CLAT) dans leurs fonctions. Elle alloue également les ressources financières et nécessaires aux acteurs pour mener à bien leurs missions. D'autre part, l'ARS Île-de-France développe, avec l'aide des partenaires de terrain, les stratégies de dépistage en direction des populations cibles.

- **Améliorer et harmoniser les pratiques d'enquête autour d'un cas de tuberculose**
  - Ces actions permettront d'offrir un même service et les mêmes chances à tous les Franciliens concernés, ce qui positionne les enquêtes d'entourage comme stratégie principale de lutte contre la tuberculose.
  - Accompagner les acteurs hospitaliers (équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins auprès des établissements de santé et médico-sociaux (CPIAS), services hospitaliers) ainsi que les CLAT dans l'application des recommandations en termes d'hygiène hospitalière et de dépistage autour d'un cas de tuberculose, dans le but de limiter la circulation du bacille de Koch dans les milieux de soins.
- **Réévaluer les stratégies et méthodes de dépistage de la tuberculose parmi les groupes de population les plus exposés à la tuberculose**
  - La population carcérale : limiter la diffusion de la tuberculose en milieu pénitentiaire et dépister précocement la tuberculose dès l'entrée en détention. Pour y parvenir, l'ARS accompagne les acteurs de soins en milieu pénitentiaire et les CLAT dans la coordination de leurs actions dans le cadre d'enquête autour d'un cas de tuberculose et de dépistage systématique de la tuberculose chez les nouveaux entrants.
  - Les étudiants étrangers en provenance de zone endémique : accompagner les CLAT dans l'élaboration de stratégies de dépistage « aller-vers » afin de leur proposer un dépistage systématique. Pour ce faire, un maillage territorial est nécessaire avec les services de santé universitaire et les établissements d'études supérieures.
  - Les mineurs non accompagnés : accompagner les CLAT à s'intégrer dans le parcours de prise en charge du bilan santé des mineurs non accompagnés (MNA), afin que la tuberculose soit dépistée systématiquement pour les enfants provenant de pays endémiques.
  - Les demandeurs d'asile et personnes primo-arrivantes en situation irrégulière ou non en provenance de zones endémiques : accompagner les CLAT dans l'élaboration de stratégies de dépistage « aller-vers », afin d'identifier les lieux accueillant des personnes primo-arrivantes sur chacun de leur territoire pour proposer un dépistage systématique de la tuberculose.
- **Améliorer le suivi et la prise en charge des patients atteints de tuberculose**
  - Améliorer l'exhaustivité des déclarations obligatoires pour avoir des données épidémiologiques fiables. Dans ce cadre, l'Agence accompagnera les praticiens hospitaliers au déploiement de la télédéclaration en les sensibilisant également au diagnostic de la tuberculose, afin d'obtenir une meilleure surveillance épidémiologique des cas multi-résistants (MDR) et ultrarésistants (XDR) et rester attentif aux cas d'abandons de traitement ainsi qu'aux mesures mises en œuvre pour rechercher ces personnes et pour faciliter l'observance des traitements.
  - Accompagner les CLAT dans leur mission de coordination du parcours de soins du patient atteint de tuberculose, notamment en

garantissant la qualité et la continuité de prise en charge des patients et obtenir une issue de traitement renseignée pour tous les patients.

– Favoriser l'anticipation d'un parcours de soins pour les personnes atteintes de tuberculose résistante à un, plusieurs ou tous les antibiotiques antituberculeux disponibles avec une prise en charge spécifique, ininterrompue et précoce, assurée par des équipes multidisciplinaires expertes, au sein de filières de soins et d'accompagnement bien définies.

- **Renforcer les ressources humaines en CLAT**

  – Accompagner les CLAT dans la diffusion des annonces de postes et l'accompagnement des plans de formation des nouveaux paramédicaux employés, ainsi que dans le partenariat avec les écoles paramédicales des territoires pour promouvoir le dispositif auprès des futurs professionnels.

- **Développer ou renforcer de nouvelles modalités de fonctionnement favorisant la prise en charge au plus près des lieux de vie des usagers**

  – Renforcer l'accompagnement des acteurs dans l'innovation ou le développement de projets en faveur de la lutte contre la tuberculose par le financement d'études scientifiques ou encore la mise en place de projets spécifiques, tels que la mise à disposition d'un camion radiologique régional au bénéfice des CLAT franciliens.

La santé des personnes détenues

Diagnostic et enjeux

On compte environ 14 400 personnes détenues en France. La lutte contre les inégalités de santé est un axe majeur de la politique mise en œuvre par l'Agence régionale de santé Île-de-France ; à ce titre, la question de l'accès aux soins des personnes en privation de liberté a été identifiée.

En effet, cette population particulièrement fragile cumule différents facteurs de vulnérabilité, souvent installés avant l'incarcération, qui sont à la fois d'ordre économique, social et sanitaire (précarité, non-recours aux soins, antécédent de conduites addictives, retard dans les prises en charge, parcours migratoire, etc.). L'enjeu sanitaire de l'incarcération est donc de garantir un accès aux soins équivalent à celui de la population générale, par une insertion dans un parcours, en particulier en matière de prévention et de promotion de la santé. La prise en considération de la composante santé dans le parcours judiciaire et carcéral de la personne est essentielle et doit être assurée par la recherche de conditions favorables à la santé, en vue notamment de la réinsertion.

Un des enjeux est de structurer et mettre en œuvre une stratégie régionale sur des sujets tels que la prévention du suicide, et plus généralement la promotion de la santé mentale. En effet, la dernière étude nationale datant de 2016 sur la santé mentale des personnes détenues indique que 36 % des personnes incarcérées présentent au moins une maladie psychiatrique de gravité marquée à sévère, et que le taux de suicides est 7 fois plus élevé pour la population détenue que la population générale.

Par ailleurs, **la construction de nouvelles places de détention dans la région Île-de-France, au nombre approximatif de 5 000, s'échelonnant du dernier trimestre 2023 jusqu'en 2028, nécessitera la montée en charge du dispositif sanitaire et l'accompagnement des établissements de santé dans la création des nouvelles unités (service médico-psychologique régional (SMPR), USMP) en milieu carcéral.**

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Assurer et renforcer la prise en compte des enjeux de prévention en santé dans le parcours carcéral de la personne détenue

- Améliorer la déclinaison des politiques publiques de prévention et de promotion de la santé disponible pour les publics en milieu libre et intensifier certains axes au regard des vulnérabilités du public.
- Prévenir le risque suicidaire en déclinant les dispositifs présents en population générale, comme le numéro 3114 et le dispositif VigilanS de recontact des personnes.
- En matière de lutte contre les addictions, renforcer les mesures de réduction des risques et le renforcement de la préparation à la sortie dans le cadre du suivi des conduites addictives via les CSAPA référents.
- S'assurer du bon fonctionnement de l'ensemble des instances de coordination santé/justice auxquelles participent l'ARS, afin d'évoquer les questions sanitaires et sociales avec l'ensemble des parties prenantes impliquées dans le parcours de la personne détenue, et renforcer ainsi le travail avec la DISP afin de faire converger les priorités vers une amélioration des conditions favorables à la santé.
- Sensibiliser les acteurs du parcours judiciaire, mais aussi la société dans son ensemble, à l'importance de créer des conditions favorables à la santé des personnes détenues. Pour cela, il est nécessaire d'impliquer les acteurs de la justice dans le parcours du détenu concernant les enjeux sanitaires. La complexité des questions d'intrications santé/justice nécessite de fait une recherche de partenariats avec ces acteurs (magistrats, avocats, experts psychiatres, etc.) afin de les sensibiliser aux enjeux de soins.
- Structurer un parcours de sortie de détention favorable à la continuité de la prise en charge sanitaire en clarifiant les dispositifs disponibles pour la personne détenue dans le cadre de sa sortie : consultations post-carcérales financées par l'ARS, l'orientation pour des soins somatiques en PASS (permanence d'accès aux soins de santé) ou encore l'accès à des places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) réservées aux sorties de prison feront l'objet d'une analyse et d'une attention particulière.

- Consolider et élargir les partenariats avec les dispositifs institutionnels et associatifs d'accueil et de logement (ESMS PDS, Ehpad, ESMS handicap, hébergement associatif), notamment dans le cadre de la prise en charge des personnes vieillissantes.

Organiser et prévoir l'accès aux soins des personnes détenues

- Tendre vers des parcours de prise en charge complets en soutenant des dispositifs intra-carcéraux existants (USMP, SMPR et CSAPA) via un recrutement suffisant de professionnels et une amélioration de l'accès à la télésanté (notamment par la téléconsultation et téléexpertise via la formation des professionnels, un équipement adapté et un outillage numérique correspondant aux spécificités des établissements pénitentiaires).
- Assurer la prise en charge des personnes détenues lors des hospitalisations, notamment par la construction de chambres sécurisées supplémentaires et le suivi des dispositifs spécifiques : UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale), établissement public de santé national (EPSNF) et unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).
- Anticiper la construction des nouveaux quartiers et établissements pénitentiaires et accompagner les établissements de santé dans la création des nouvelles unités (SMPR, USMP) en milieu carcéral (financement, projet médical et dimensionnement des équipes) afin d'assurer l'ouverture par le recrutement des équipes soignantes et l'aménagement des locaux, mais aussi d'assurer l'augmentation du dispositif au sein des établissements de santé, notamment par le suivi de la construction d'une nouvelle UHSA en Seine-Saint-denis.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Accompagner les professionnels dans la formalisation des projets (médicaux et de prévention, promotion de la santé) permettant l'ouverture des nouveaux dispositifs/unités et les informer sur les possibilités de financement.
- Organiser des comités de pilotage spécifiques avec les professionnels de la psychiatrie autour de la prise en charge en santé mentale et la déclinaison des dispositifs (3114 et VigilanS).
- Identifier les acteurs pouvant intervenir dans la structuration d'un parcours de sortie de détention.
- Établir les projections financières et en termes de ressources humaines

concernant la construction des nouvelles unités sanitaires.

- Mobiliser les dispositifs favorisant le recrutement et l'attractivité de professionnels de santé : postes d'assistant partagé, IPA et incitation à sélectionner les USMP comme terrain de stage, sensibilisation auprès des établissements de rattachement.
- Augmenter le nombre de places en hôpital de jour (HDJ) pour la dispensation des soins en milieu carcéral afin de tendre vers une place d'HDJ pour 100 personnes détenues sur la région francilienne.

Lutter contre les conduites addictives

Diagnostic et enjeux

Concernant les usages en population adulte, la prévalence du tabagisme quotidien est moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France (en 2021, 22,4 % contre 25,4 % hors Île-de-France). Il est néanmoins observé de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

En 2017, les Franciliens étaient moins nombreux que les non-Franciliens à déclarer avoir consommé de l'alcool quotidiennement au cours de l'année (6,0 % contre 11,0 % hors Île-de-France). En Île-de-France, comme dans les autres régions, les hommes déclaraient plus fréquemment une consommation quotidienne d'alcool que les femmes (9,7 % des hommes résidant en Île-de-France avaient une consommation quotidienne d'alcool contre 3,8 % des Franciliennes).

Concernant les drogues illicites, **la région Île-de-France se caractérise par des expérimentations inquiétantes chez les moins de 17 ans (35,4 % d'entre eux ont expérimenté le cannabis, 2,7 % la MDMA/Ecstasy, 1,9 % la cocaïne)** ainsi que chez les personnes de 18 à 64 ans (pour cette tranche d'âge, l'expérimentation de cocaïne est plus élevée que dans le reste de la France[19]. Chez les jeunes, les données comparant la région Île-de-France au reste de la France montrent des consommations moindres des Franciliens.

Néanmoins, l'Île-de-France est un territoire très hétérogène et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement, avec notamment la diffusion d'autres modes de consommation. Il est aussi observé des niveaux d'usage encore relativement élevés et problématiques, des expérimentations inquiétantes, le développement de polyconsommations marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massive, un tabagisme qui reste élevé, notamment chez les filles, avec une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien, une persistance de la consommation de cannabis avec près de un jeune Francilien sur deux qui en a fait l'expérimentation.

Les addictions sont la première cause de mortalité évitable mais aussi une cause majeure de morbidité par cancers, maladies cardiovasculaires, dépression, et la première cause de démence du sujet jeune.

Enfin, la région concentre une part important des consommateurs de crack

19 Les drogues illicites en Île-de-France : consommations, offre de prise en charge et recommandations – ORS Île-de-France, septembre 2022.

en France (cf. fiche 2.20). **En Île-de-France, on estime que le nombre d'usagers de cocaïne basée ayant fréquenté les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en 2019 se situe autour de 13 000, soit près de 70 % du public accueilli,** dont une forte part est concentrée à Paris et dans sa proche banlieue.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

L'ARS s'appuiera sur les principes d'action énoncés par la **Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027**, en portant notamment l'attention sur l'analyse des déterminants des conduites addictives afin de rendre la prévention et l'accompagnement plus efficaces.

Renforcer l'accès à la prévention et à la prise en charge des addictions

- Soutenir les programmes de compétences psycho-sociales (CPS) probants
  - Pérenniser les programmes validés (Unplugged, Primavera, Verano, Good Behavior Game, etc.).
  - Développer les partenariats entre l'Éducation nationale et les établissements médico-sociaux pour contribuer à la sensibilisation et la formation des équipes scolaires au sujet des addictions et au renforcement des compétences psychosociales (confiance en soi, expression de soi, respect des autres) chez les élèves.
  - Promouvoir l'inscription des programmes CPS dans le calendrier scolaire de manière durable.
  - Investir davantage les parents dans ces programmes et parvenir de façon conjointe à la réduction de la consommation et de l'initiation de substances psycho-actives chez les jeunes et leurs parents.
- Renforcer le repérage et l'intervention précoce des usages à risque en améliorant les pratiques professionnelles
  - Contribuer à la formation des professionnels intervenant auprès des jeunes et des publics vulnérables (notamment des professionnels de l'Éducation nationale, l'ASE, la PMI, la PJJ, etc.).
  - Favoriser l'extension de l'application du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) à l'ensemble des conduites addictives.

  - Renforcer les stratégies de réduction des risques et des dommages, notamment en milieux festifs et en milieu carcéral.
- Améliorer l'intervention par les pairs
  - Développer la place de « l'usager expert », le rôle et la formation des pairs, en matière de prévention, de promotion de la santé et de la réduction des risques et dommages (RDRD).

Renforcer l'offre de soins et l'accès à l'accompagnement et à la réduction des risques liés à l'usage des drogues, notamment pour les populations les plus éloignées

- Améliorer l'accès aux soins
  - Rendre visible et formaliser l'offre sur chaque territoire.
  - Évaluer l'apport spécifique des CJC (consultations jeunes consommateurs), améliorer leur contribution et leur positionnement comme centres ressources pour les jeunes ayant des conduites addictives et leur entourage.
  - Déployer les outils de télémédecine, en appui des pratiques professionnelles (applications numériques de téléconsultations en addictologie, mise en relation de patients avec structures spécialisées addictions, dispositifs d'appui à la formation, etc.).
- Densifier les possibilités de prise en charge en amont des soins spécialisés
  - Faciliter la prise en charge à domicile.
  - Valoriser la prise en charge des professionnels en ambulatoire, notamment le rôle des IDE dans leur accompagnement en tabacologie, via des projets de partage des compétences entre professionnels.
  - Déployer les microstructures médicales addictions pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire via la médecine de ville.
- Développer la prise en charge et accroître le volume des soins en addictologie dans les structures du soin résidentiel
- Accélérer la lutte contre les conséquences sanitaires du crack (cf. fiche 2.20).

Garantir l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge

- Progresser vers une offre généraliste des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et abandonner l'approche par produit
- Renforcer la prise en charge psychiatrique, notamment pour les cas sévères, en centre d'addictologie
- Développer une prise en charge pluridisciplinaire et transversale des comorbidités
  - Réduire la prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les usagers de drogues.
  - Favoriser les coopérations entre les structures d'addictologie et celles consacrées à la santé sexuelle pour proposer aux usagers de « chemsex » un parcours de prévention et d'accompagnement adapté.
  - Articuler les soins entre la MCO/psychiatrie et l'addictologie, au niveau ambulatoire, médico-social et hospitalier, de telle sorte à améliorer le repérage, la prévention et l'orientation des patients ayant des conduites addictives, en tenant compte des spécificités de chaque domaine.
  - Améliorer le suivi psychologique et social pour les personnes suivies en CSAPA et CAARUD.
- Renforcer la formation et les pratiques professionnelles
  - Assurer la formation continue des équipes pluriprofessionnelles des établissements et services sociaux ou médico-sociaux addictions.
  - Promouvoir la recherche clinique et thérapeutique sur les substances psychoactives et les conduites addictives en associant le secteur spécialisé médico-social.
  - Déployer la démarche des lieux de santé sans tabac au niveau des établissements médico-sociaux.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Renforcer les pratiques professionnelles et l'offre de soins en addictologie

- Garantir une offre de soins hospitalière en addictologie avec une prise en charge de proximité (sevrages simples, consultations), territoriale (hospitalisation, soins de suite et de réadaptation) et régionale (enseignement, formation, recherche, coordination régionale).
- Déployer les expérimentations afin de diversifier les parcours de soins en addictologie et ouvrir la prise en charge à de nouveaux professionnels, notamment via le Fonds de lutte contre les addictions.
- Disposer d'au moins un centre d'addictologie ambulatoire ressource en psychiatrie par département.
- Bénéficier des initiatives et dispositifs numériques existants pour soutenir les pratiques professionnelles (comme, par exemple, la création de filières de téléconsultations d'addictologie ou bien la poursuite d'appels à projets sur des solutions numériques dédiés à l'addictologie).
- Renforcer les moyens, les pratiques et le nombre d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en Île-de-France, particulièrement dans les établissements à l'activité prioritaire (maternité, services d'accueil des urgences, etc.), et plus généralement sanctuariser l'addictologie hospitalière (nombre de lits dédiés, diversification des équipes, etc.).
- Développer et renforcer l'offre de CSAPA résidentiels.
- Favoriser et développer le nombre d'infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) en addictologie.
- Faciliter le dispositif de postes partagés entre hôpitaux et entre ville et hôpital.
- Renforcer les dispositifs de consommations supervisées.

Développer les compétences pluridisciplinaires des professionnels, par la formation, la sensibilisation, et le travail de plaidoyer sur la question des addictions

- Organiser le rapprochement et le travail de réseau entre l'Éducation nationale et les établissements médico-sociaux.
- Sensibiliser les professionnels hospitaliers à la réduction des risques et des dommages par les équipes des CSAPA, des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les ELSA.
- Garantir l'autorisation des ESMS à réaliser des TROD, aussi bien dans la structure qu'en hors les murs. Ce levier passe par la coordination entre les organismes formateurs TROD et les ESMS.
- Favoriser l'échange de pratiques, et contribuer à la communication et la diffusion des projets innovants.
- Renforcer de façon globale la formation des professionnels du champ des addictions, mais aussi des secteurs rencontrant des publics vulnérables face aux conduites addictives.
- Contribuer aux politiques publiques, initiatives et dispositifs visant à la dénormalisation des consommations de tabac et d'alcool.

La prévention de la consommation de tabac et d'alcool reste par ailleurs une priorité pour l'ARS Île-de-France eu égard aux enjeux susmentionnés. Les actions menées s'appuieront sur l'ensemble des leviers suivants : informer les personnes sur les conduites à risque, favoriser le repérage, développer des prises en charge adaptées et former à plus grande échelle les professionnels du secteur social, médico-social et ambulatoire à la prévention de la consommation de tabac, d'une part, mais également d'alcool, d'autre part.

Promouvoir et valoriser les connaissances en santé publique et la culture de prévention auprès des usagers, des professionnels et des décideurs

Diagnostic et enjeux

En Île-de-France, il est possible et nécessaire de passer un cap en promotion de la santé en s'appuyant sur la richesse et la diversité des acteurs, et cela passe par deux logiques : d'une part, il est nécessaire de donner à ces acteurs les outils, les savoirs et les compétences permettant d'améliorer leur action, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de leurs cadres d'exercice ; d'autre part, il est possible et souhaitable de capitaliser les connaissances issues des pratiques (savoirs expérientiels) et des données probantes. L'enjeu de réduction des inégalités de santé passe par le développement de ces axes, en incluant l'appropriation des connaissances épidémiologiques et issues des sciences humaines et sociales.

C'est cette démarche qui, par exemple, a conduit l'Agence à créer Promosanté, à intervenir aux côtés des centres de ressources politique de la ville, à mettre en place la lettre d'échanges de pratiques Santé.Ensemble, à participer au projet CourtISS ou au projet de soutien à la littératie en périnatalité.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Augmenter les compétences des acteurs nécessite le développement de stratégies plurielles, inscrites dans le temps :** il sera nécessaire d'articuler plusieurs stratégies de formation pour faciliter le transfert de connaissances : stratégies de diffusion (vidéo, site internet, résumé de données scientifiques, etc.) ; stratégies d'échange par les services conseils, le réseautage, les forums de discussion ; stratégies de formation ; stratégies collaboratives, de l'ordre de la co-construction d'outils, de communauté de pratique et de formules de tutorat et d'accompagnement.

- **Diffuser des connaissances en santé publique : un enjeu d'accessibilité adaptée à plusieurs niveaux de littératie.** Développer une démarche de diffusion d'une culture de prévention mobilise divers savoirs, connaissances ainsi que des ressources à adapter en fonction de chaque public, de chaque territoire, etc. Il est nécessaire de donner à chaque acteur concerné l'accès à ces savoirs, connaissances et ressources, mais aussi de favoriser leur appropriation, et de garantir leur fiabilité par une sélection et un traitement ad hoc. Les ressources en promotion de la santé doivent être sélectionnées dans un souci d'utilité et de fiabilité pour des acteurs ayant des niveaux de connaissance et d'expertise différents. Elles doivent être gratuites, directement téléchargeables en français et en différentes langues pour les publics concernés. Mieux faire connaître ces ressources et favoriser leur appropriation par les acteurs franciliens concernés est un des enjeux majeurs pour les années à venir.
- **Accompagner en méthodologie des projets en promotion de la santé en articulant les connaissances et les pratiques**
- **Accompagner les référents en promotion de la santé :** développer une politique de santé publique exige de mobiliser un nombre considérable d'acteurs de champs d'intervention différents, de formations initiales et continues et d'expériences diversifiées. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur des référents dont la fonction principale est d'être des démultiplicateurs. Ils doivent maîtriser les priorités politiques, le plaidoyer, les démarches et outils pour implémenter et coordonner des projets. Il s'agit des missions fondamentales des coordinateurs des Contrats locaux de santé (CLS) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Mais ces objectifs concernent aussi les coordinateurs ateliers santé ville (ASV), les communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS), les référents de grandes associations sociales ou médico-sociales, les référents « école promotrice de santé » ou « hôpital promoteur de santé ». Il s'agit aussi des professionnels des collectivités territoriales, des conseils départementaux, de l'ARS, etc.

Le développement de la promotion de la santé doit être organisé à deux niveaux :

1/ Une stratégie intégrative qui vise à relier et mettre en cohérence l'ensemble des politiques et pratiques professionnelles, en valorisant, sur un territoire ou au sein d'une organisation, l'ensemble des politiques, programmes et actions qui contribuent à promouvoir la santé des populations avec la participation des personnes concernées.

2/ Une stratégie de développement de nouvelles pratiques favorables à la qualité de vie et à la santé, dans une double perspective : renforcer et conforter les empowerments individuels, collectifs et organisationnels, tout comme contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit ici de mettre en place des actions spécifiques promotrices de santé.

Dans les deux cas, les référents prévention franciliens, quels qu'ils soient[20], ont besoin d'appui pour assurer leurs missions. Tout au long du développement de la fonction, il s'agit aussi de pouvoir se ressourcer dans un réseau de pairs : éviter l'isolement, trouver rapidement une réponse à une question de méthode, mutualiser à partir des savoirs d'expérience, évaluer ses actions.

Les coordinateurs ASV, CLS, CLSM ont été à ce jour privilégiés au sein d'un réseau d'appui développé par PromoSanté IdF : le Resoco. Ce développement s'explique en partie par le fait que la région Île-de-France est la région qui a le plus déployé de Contrats locaux de santé, proportionnellement aux autres régions.

Pour démultiplier la politique régionale de santé à différents échelons du territoire et dans différents secteurs, ces offres seraient à ouvrir progressivement aux autres référents de la promotion de la santé.

- **Diversifier et élargir les formations en promotion de la santé**

En Île-de-France, l'offre de formation en promotion de la santé est particulièrement développée[21]. Pour autant, elle couvre insuffisamment la promotion de la santé en tant que démarche associant les usagers et ayant pour objectif de réduire les ISS. Plusieurs types de formation devraient se développer :

– les dispositifs d'auto-formation en ligne, ensemble cohérent de plusieurs modules pédagogiques interactifs visant à développer les connaissances et compétences des professionnels et à leur donner des clés pour agir sur les territoires ;

– les e-Parcours, qui seront développés sur cinq ans pour couvrir l'ensemble des compétences nécessaires en prévention et promotion de la santé : déterminants de la santé et des leviers pour agir ; la santé dans toutes les politiques (intersectorialité) ; connaissance du territoire ; travailler la fonction de référent et/ou coordinateur en promotion de la santé.

20 Rapport « Développer la fonction de "référent en promotion de la santé" en Île-de-France : analyse des besoins et étude de faisabilité. Note de synthèse ». PromoSanté IdF P. BERRY – MOFRATTINI – Janvier 2020, à la demande de l'ARSIF.

21 https://www.promosante-idf.fr/se-former/vous-souhaitez/repertoire-de-formations-en-promotion-de-la-sante

- **Soutenir l'ingénierie en santé des collectivités territoriales**

  Les collectivités territoriales ont un rôle majeur en matière de promotion de la santé, tant pour faciliter l'accès des habitants à des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux que pour influer sur la qualité de vie par l'habitat, l'urbanisme, la lutte contre certaines pollutions et développer des politiques en faveur de certaines populations (cf. axe 6). Les élus savent désormais inscrire les déterminants de santé collectifs et individuels dans une politique locale. Cela a été particulièrement démontré lors de la gestion de la crise de Covid-19. Pour autant, nombre d'entre eux limitent leur intérêt pour les questions de santé à celle de la démographie médicale ; et/ou n'ont pas conscience de leur pouvoir d'agir en promotion de la santé ; et/ou ne souhaitent pas s'investir sur un sujet qu'ils considèrent ne pas être de leur compétence ; ou seraient intéressés mais n'ont pas les repères pratiques et théoriques pour développer des politiques et des actions favorables à la santé des habitants. Il est nécessaire de les appuyer dans une approche intersectorielle.

- S'appuyer sur des interventions probantes. Les projets en promotion de la santé relèvent essentiellement d'intervention en situation de vie auprès de populations, ils représentent donc des interventions complexes au sein desquelles interviennent une multitude de variables. Ces interventions sont notamment construites à l'articulation de trois types de connaissances : les connaissances scientifiques émanant de disciplines diverses, les connaissances expérientielles tirées de pratiques professionnelles et les connaissances expérientielles des personnes concernées. L'appropriation d'une logique de recherche de données probantes doit être élargie.

- Développer la capitalisation des expériences. La capitalisation des expériences en promotion de la santé contribue à la production de données probantes. Elle vise à transformer le savoir issu de l'expérience des acteurs en connaissances partageables, utiles à l'action. Elle s'appuie sur un principe de validité des savoirs issus de l'expérience pour agir en promotion de la santé, aux côtés des connaissances scientifiques issues de la recherche. Elle fait partie des stratégies de transfert et de partage de connaissances. La démarche de capitalisation permet de porter une réflexion sur l'action menée et les pratiques. Elle permet aussi d'identifier des leviers pour la transférabilité des interventions dans d'autres contextes. Cette capitalisation doit être développée à l'échelle francilienne.

Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Renforcer et formaliser l'existence en Île-de-France d'un réseau d'appui et d'expertise en promotion de la santé incluant l'ensemble des centres de ressources, dont les centres de ressources politique de la ville et les pôles de compétence.

Pour accélérer la production d'outils à caractère méthodologique : à travers les contenus produits par Promosanté et d'autres équipes reconnues pour leur production de ressources méthodologiques :

- développer la production de contenus méthodologiques accessibles à des publics non experts ;
- développer des contenus ciblés spécifiquement pour de nouveaux publics, tels que les élus, les associations sociales ou médico-sociales, afin d'étendre la démarche au-delà des actuels référents en promotion de la santé ;
- développer une stratégie partenariale et de communication digitale, notamment sur les réseaux sociaux, pour valoriser les ressources existantes et accompagner leur évolution.

Pour renforcer la capacité d'action et le rôle des collectivités et des élus :

- à partir du livre blanc produit par l'Association des maires d'Île-de-France[22] (AMIF), élaborer un projet commun de formation en promotion de la santé avec les équipes du CNFPT et les structures de formation des élus ;
- accompagner chaque renouvellement de CLS et CLSM d'un état partagé des besoins en méthodologie de promotion de la santé ;
- généraliser la diffusion des études d'impact en santé et autres démarches de formalisation ;
- mettre en place une veille, une sélection et une valorisation sur les outils disponibles en direction des élus.

Instaurer un **espace d'échanges des expériences prometteuses en promotion de la santé,** une fois par an, avec l'ensemble des acteurs et professionnels de santé franciliens, sous forme d'une journée régionale.

Améliorer la diffusion de la lettre Santé.Ensemble et renforcer l'apport méthodologique de chacun de ses numéros.

22 Livre blanc de l'Association les maires d'Île-de-France « La santé en Île-de-France : état des lieux et propositions pour agir », juillet 2022 : https://amif.asso.fr/wp-content/uploads/2022/09/Livre-Blanc-Sante-AMIF.pdf

Développer et favoriser la recherche interventionnelle pour co-construire les connaissances et améliorer l'intervention en santé publique

Diagnostic et enjeux

Il apparaît comme de plus en plus partagé par la communauté scientifique que la seule connaissance des facteurs de risque des maladies ne constitue pas un savoir suffisant pour planifier des interventions pertinentes et reproductibles en prévention et promotion de la santé (Potvin, Di Ruggiero, Shoveller, 2013 : 13). Si l'évaluation de ces dernières est intégrée dans la démarche classique de soutien[23] des institutions publiques aux diverses structures (associations, collectivités territoriales, établissements publics de santé, etc.) mettant en œuvre ces interventions, elle souffre d'un déficit d'investissement en temps et en procédures relevant des méthodes reconnues et valides d'objectivation des phénomènes analysés.

L'apport des sciences sociales[24] a permis d'identifier les mécanismes à l'œuvre dans la constitution de situations marquées par des inégalités d'accès aux ressources d'une « vie bonne » (Fassin, 2018). L'analyse de ces situations a mis en avant l'importance de « recadrer » (Watzlawick, 1972) le regard et d'intégrer le paradigme de la complexité (Morin, 2014) en associant les apports de la pluridisciplinarité. Cependant, l'état des connaissances reste majoritairement marqué par l'analyse des causes – indispensable à la compréhension des phénomènes que les interventions de santé publique cherchent à atténuer – et moins par la recherche sur les solutions (Potvin, Di Ruggiero, Shoveller, 2013 : 15).

C'est dans ce contexte qu'il convient de développer une approche institutionnelle d'analyse des interventions en santé publique qui puisse identifier les obstacles empêchant l'atteinte des objectifs assignées aux interventions (en l'occurrence l'atténuation – voire l'éradication – des problèmes identifiés). L'objectif d'une telle démarche est de permettre aux acteurs de terrain et aux pouvoirs publics de disposer des connaissances nécessaires pour reproduire et reconduire des interventions qui ont atteint leurs objectifs dans un contexte donné.

L'ensemble des méthodologies scientifiques relevant de cette « science des solutions » est classé dans la taxinomie de « recherche interventionnelle ». Au regard de l'ensemble des qualifications et des définitions existantes (Gillet, Tremblay, 2015), il importe pour l'ARS Île-de-France d'identifier les orientations qu'elle s'est données en cohérence avec l'actualité des débats au sein du champ scientifique :

- la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) vise à produire des connaissances sur les interventions ayant comme objectifs d'agir sur les déterminants de santé et de réduire les facteurs de risque des maladies au sein de la population ou de groupes sociaux particuliers (caractérisés par des états de santé défavorables au regard de la moyenne) (Potvin, Di Ruggiero, Shoveller, 2013) ;
- parmi l'ensemble des méthodes s'inscrivant dans le giron de la RISP, la recherche-action constitue une référence en termes de principes et de pratiques démocratiques (Bourassa, 2015). En effet, cette approche *« requiert d'impliquer, dans la démarche de recherche, des partenaires "non-chercheurs" mais aussi "acteurs de terrain" »*, il s'agit de travailler « avec » et non pas « sur » les personnes ;
- enfin, si les recherches-actions encouragent la participation des acteurs de terrain, le niveau de collaboration est variable et dépend du protocole de recherche produit. L'essor des recherches participatives (Carrel, Godrie, Juan, 2022) a permis de questionner les biais induits par la division du travail de recherche lorsque des non-chercheurs sont impliqués en tant qu'acteurs. Ainsi, l'ARS Île-de-France plaide pour le développement des recherches participatives au sein desquelles la participation entre scientifiques et profanes soit la plus égalitaire possible afin de générer chez les personnes impliquées un pouvoir d'auto-analyse et d'auto-interprétation des expériences vécues (Touraine, 1978). *In fine*, l'objectif est de permettre l'émancipation par eux-mêmes des groupes sociaux historiquement marginalisés et de réduire les inégalités sociales de santé.

23 Qui passe par le tryptique contractualisation-financement-évaluation.

24 Principalement : sociologie, ethnographie de la communication, sociolinguistique, psychologie sociale.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Il s'agit pour l'ARS Île-de-France de soutenir les projets de recherche participative qui intègrent la complexité inhérente à toute situation impliquant des inégalités sociales de santé. En effet, les effets de l'intrication des différentes politiques publiques sur les états de santé des populations nécessitent un recours à la pluridisciplinarité afin d'analyser les conditions de réussite d'une politique de santé publique qui vise à la réduction des inégalités.

Les champs de recherche suivants seront privilégiés :

- L'analyse des interventions sur les milieux de vie défavorables à la santé sera priorisée via l'observation de l'impact des processus organisationnels et des interactions en jeu (Guével, Pommier, 2020 : 166). Cette approche nécessite de prendre en compte les personnes, institutions et secteurs qui interviennent indirectement dans la formation d'un milieu de vie favorable ou défavorable à la santé. Dans ce cadre, les milieux suivants feront l'objet d'une attention particulière :
  - les milieux de travail : il s'agit ici d'appréhender la question de l'espace de travail, considérant que le travail est un déterminant fondamental de la santé des populations. Les actions de prévention au sein des organisations professionnelles sont en grande partie centrées sur la prévention des risques, et la logique de responsabilité de l'employeur rend difficile l'émergence d'un empowerment professionnel pourtant inscrit dans le Code du travail ;
  - les milieux pénitentiaires : la complexité de l'environnement pénitentiaire relève en grande partie des contraintes qui s'exercent sur les personnes (professionnels et détenus) et qui ont comme conséquence une relative marginalisation des questions de santé. L'analyse des actions de promotion de la santé dans ce milieu doit s'attacher aux conditions de production d'une vision positive de la santé des personnes détenues, de la possibilité d'une participation des publics concernés dans la mise en œuvre des actions et de prise en compte du contexte dans le déploiement des actions ;
  - l'environnement urbain : l'urbanisation (Rémy, Voyer, 1988) et l'organisation spatiale en résultant entraînent plusieurs évolutions des modes de vie et des écosystèmes qui ne sont pas sans conséquences sur les états de santé des populations. Les politiques d'aménagement du territoire constituent un terrain d'action pertinent pour agir sur la santé en y intégrant le concept d'urbanisme favorable à la santé (cf. fiche 6.4). Les actions qui interviennent dans cette thématique peuvent recourir à de nombreux champs : promotion des mobilités douces, modification des actions anthropiques, démarches d'évaluation d'impact sur la santé (EIS), logiques de plaidoyer, etc. ;
  - les milieux scolaires : l'école constitue un déterminant majeur de la santé des enfants et des adolescents (cf. fiches 1.3 et 1.4) (Deslandes, 2001), notamment en termes de santé mentale (Janosz, Pascal, 2004). Il devra être intégré une démarche de recherche participative aux actions visant à : 1) développer un environnement physique et social accueillant et favorable à la santé des enfants ; 2) développer la co-éducation et l'empowerment des familles, des personnels et des élèves ; 3) développer les CPS (compétences psycho-sociales) des élèves.
- Les leviers d'action communautaire (ou action collective), qui sont identifiés depuis 40 années par l'OMS comme des moyens efficaces d'agir par et pour les personnes concernées (Bourque, Hyppolite, Parent, 2020 : 202-203), devront faire l'objet d'une attention particulière en matière d'évaluation par la recherche. Les actions étudiées peuvent relever d'interventions sur un espace géographique (ville, quartier, etc.), auprès de groupes sociaux qui partagent des intérêts communs (locataires, salariés, personnes sans emploi, retraités, etc.) ou encore de personnes partageant des traits identitaires assignés et/ou revendiqués (LGBTQI, personnes racisées, minorités socioculturelles, etc.). L'objectif des interventions sociales communautaires est d'accroître les capacités d'agir individuelles et collectives en s'appuyant sur les compétences préalablement identifiées, le but étant *in fine* de construire de nouvelles formes d'organisations sociales et de nouveaux rapports sociaux. Les projets de santé publique soutenus par l'Agence en matière de santé communautaire devront intégrer l'analyse des approches déclinées au regard des objectifs conjointement assignés et des effets produits. Les observations devront porter aussi bien sur l'impact au sein des groupes sociaux que sur les modalités organisationnelles mises en place.
- L'éducation pour la santé, qui ne doit pas être considérée sous le seul prisme de l'amélioration des connaissances des individus en matière de santé, est un domaine d'intervention privilégié pour qui veut améliorer la santé d'une population (Godeau, Guével, Moreau, Simar, Raude, 2020). Il s'agit en effet de développer les capacités et attitudes des individus dans une visée émancipatrice et de réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce cadre, une attention particulière doit être portée à la recherche-intervention dans le domaine de l'accroissement de la littératie en santé, notamment chez les personnes éloignées des dispositifs numériques. Si ces derniers permettent « l'au-

togestion de sa santé » via de l'information objectivée et partagée entre pairs (réseaux sociaux numériques, forums, etc.), ils bousculent la hiérarchisation des discours scientifiques reconnus comme légitimes et modifient la réception et l'appropriation des messages et des informations produites et transmises, notamment par les ARS. Dans cette perspective, il conviendra pour les porteurs de projets de recherche d'adopter une posture critique vis-à-vis du rôle de l'information scientifique dans le développement d'une rationalité instrumentale favorable à la santé des individus. L'analyse des interactions et des boucles de rétroaction (*feedback*) entre les pratiques et l'environnement des individus est une grille d'analyse pertinente afin d'identifier les actions à privilégier au sein d'un contexte donné.

- La promotion de la santé au sein des établissements de santé est peu développée du fait de raisons diverses relevant principalement de l'histoire du système de santé français et des contraintes en termes de ressources humaines adaptées (Aujolat, Martin, 2020). Reprenant les standards d'auto-évaluation proposés par l'OMS Europe en 2006, les projets de prévention portés par les établissements publics feront l'objet d'une analyse des répercutions sur les usagers (via le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique du patient, par exemple) mais également sur les professionnels hospitaliers et les habitants du territoire. En effet, le rôle des hôpitaux dits de proximité est de développer des actions de santé publique au sein des territoires d'implantation, il conviendra d'y intégrer une dimension d'évaluation participative incluant les usagers, les professionnels concernés et les habitants.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Des partenariats avec des laboratoires de recherche (santé publique et sciences humaines et sociales (SHS)) seront recherchés afin : 1) de permettre à l'Agence de s'approprier les principes méthodologiques de l'évaluation et de l'analyse en sciences sociales (réflexivité, empirie, interaction entre approche inductive et déductive, biais cognitifs, etc.) ; 2) d'inclure par AAP des structures de recherche dans le cadre des politiques emblématiques de l'Agence (campagne HPV, CPS du jeune enfant, promotion de la santé mentale en milieu étudiant, etc.).

L'établissement de partenariats passe avant tout par l'identification des axes de recherche intéressant la santé publique au sens large sur le territoire francilien. La participation de représentants de l'Agence aux diverses manifestations scientifiques organisées par les laboratoires identifiés permettra d'inclure l'ARS à la fois comme ressource pour les scientifiques (constitution d'un réseau d'informateurs pour doctorants et masterants) et comme institution productrice de savoir (notamment vis-à-vis de la conduite des politiques de santé publique).

Afin de développer les recherches interventionnelles en santé publique, l'ARS privilégiera cet aspect lors de ses appels à projets (AAP) en prévention et promotion de la santé en favorisant son intégration au sein des projets proposés par les opérateurs. Ces AAP, qui ont lieu annuellement, seront l'occasion d'identifier les projets qui ont vocation à durer au-delà d'un seul exercice et d'y développer la pratique de l'évaluation conduite conjointement par le porteur de projet et une équipe de recherche en SHS.

La diffusion des principes méthodologiques de la recherche passe également par la mise en place de séminaires de réflexion pilotés conjointement par les directions de l'Agence (en région ou en délégation départementale (DD)) et les structures de recherche. L'expérience positive du projet CourtISS[25], issu d'un AAP de l'ARS et de l'ANR (Agence nationale de la recherche), a permis de démontrer la pertinence d'intégrer une approche scientifique issue des sciences sociales aux méthodologies de travail d'une administration publique. La mise en place de séminaires conduits en autonomie au niveau des équipes de l'ARS sera encouragée afin de permettre l'acculturation scientifique des agents dans le cadre de leurs thématiques.

Enfin, la valorisation des travaux de l'Agence doit être encouragée à travers des publications au sein de revues scientifiques (de préférence dotées d'un comité de lecture), de propositions d'intervention en colloques et séminaires (via des réponses à divers appels à communication), que cela soit sous une forme orale ou écrite (réalisation de posters).

Bibliographie

Aujoulat I., Martin F., 2020, « Stratégies de promotion de la santé à l'hôpital », dans *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, Rennes, pp. 271-293.

Bourassa B., 2015, « Recherche(s)-action(s) : de quoi parle-t-on ? », dans *Les recherches-actions collaboratives*, Presses de l'EHESP, Rennes.

Bourque D., Hyppolite S.-R., Parent A.-A., 2020, « Stratégies d'action communautaire », dans *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, Rennes, pp. 201-228.

25 Courtage en connaissances en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé, programme mis en place par l'ARS, l'IRD, le CEPED et l'équipe RENARD.

Carrel M., Godrie B., Juan M., 2022, « Recherches participatives et épistémologies radicales : un état des lieux », dans *Participations*, 1, n° 32, Éditions de Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve.

Deslandes R., 2001, « L'environnement scolaire », dans Blanchet L., Hamel M., Martin C. (dir.), 6-12-17 *Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*, Les publications du Québec, Québec, pp. 251-286.

Fassin D., 2018, *La vie. Mode d'emploi critique*, Seuil, Paris.

Gillet A., Tremblay D.-G., 2015, « Introduction » dans *Les recherches-actions collaboratives*, Presses de l'EHESP, Rennes, url : https://www.cairn.info/les-recherches-actions-collaboratives--9782810903771-page-17.htm [consulté le 05/04/2023].

Godeau E., Guével M.-R., Moreau D., Raude J., Simar C., 2020, « Stratégies d'intervention axées sur les aptitudes individuelles », dans *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, Rennes, pp. 229-269.

Guével M.-R., Pommier J., 2020, « Stratégies axées sur les milieux de vie », dans *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, Rennes.

Janosz M., Pascal S., 2014, « Climat scolaire et promotion de la santé des élèves : des liens scientifiquement démontrés », dans *La santé en action*, 427, pp. 19-20.

Morin E., 2014, *Une introduction à la pensée complexe*, Seuil, Paris.

Potvin L., Di Ruggiero E., Shoveller J-A., 2013, « Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations », dans *La santé en action*, n° 425, url : https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pour-une-science-des-solutions-la-recherche-interventionnelle-en-sante-des-populations [consulté le 05/04/2023].

Rémy J., Voyer L., 1988, *La ville : vers une nouvelle définition ?*, L'Harmattan, Paris.

Touraine A., 1978, *La voix et le regard*, Seuil, Paris.

Watzlawick P., 1972, *Une logique de la communication*, Seuil, Paris.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

AXE 2

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

L'Île-de-France est marquée par une hétérogénéité de l'accès au système de santé dans un contexte d'inégalités sociales marquées, de disparités et de fragmentations territoriales dans la répartition de l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention. Notre société connaît par ailleurs un vieillissement de la population et une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et des polypathologies. Cela se traduit, notamment, par une hausse du recours aux soins non programmés induisant une forte tension des services d'urgences.

Or, pour les personnes souffrant notamment de pathologies chroniques, les décompensations pourraient être mieux anticipées et ces soins évités grâce à une **meilleure organisation de l'ensemble des étapes du parcours de santé, de la prévention et du diagnostic à la prise en charge des phases aiguës, puis à la gestion du retour à domicile.**

Dans ce contexte et plus largement, **l'organisation actuelle doit donc poursuivre son évolution afin d'éviter les ruptures dans les parcours de santé.**

Ces parcours englobent le principe d'une prise en charge coordonnée tout au long de la vie, mais aussi organisée au plus près du domicile des patients ou usagers. Ils nécessitent la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes : patients, professionnels de santé en ville comme en établissement, établissements sanitaires et médico-sociaux, aidants, professionnels de la coordination, etc. **Le parcours doit par ailleurs être garant d'une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente.** Il doit ainsi prendre en compte les besoins et les choix des patients, les ressources et les contextes territoriaux, ainsi que les déterminants individuels et sociaux.

Pour relever ces défis, il conviendra notamment de **s'appuyer sur les dispositifs et organisations déjà mis en place en Île-de-France,** comme les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les communautés 360 dans le champ du handicap, ou des expérimentations locales de coordination entre ville et hôpital. L'objectif des cinq prochaines années est de **rendre ces outils essentiels à la coordination des parcours plus accessibles, visibles et mieux articulés pour les professionnels de santé ou les patients concernés.** Il est également souhaitable d'imaginer de nouvelles articulations favorisant la fluidité et la convergence des dispositifs d'accompagnement, de prévention et de soins.

Au cours des cinq prochaines années, la dynamique de l'évolution de notre système de santé doit donc être consolidée, sous plusieurs formes :

- **poursuivre le renforcement des actions de prévention, de promotion de la santé et l'éducation pour la santé** (en lien avec les actions mentionnées dans l'axe 1) ;
- **mieux structurer les liens entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social ;**
- **donner davantage d'outils aux patients et à leurs aidants pour s'orienter au sein du système de santé régional,** qu'ils soient numériques ou organisationnels, qu'ils contribuent au renforcement de la littératie en santé et à l'inclusion ou, plus globalement, à l'effectivité des droits.

Cet axe propose des actions concourant à ces différents objectifs : il prévoit, d'une part, le renforcement et la meilleure articulation des organismes assurant la coordination des parcours de santé (cf. fiche 2.1), et liste, d'autre part, 18 parcours et filières de soins prioritaires qui devront continuer d'être mieux structurés (cf. fiches 2.3 à 2.20). Il aborde notamment la périnatalité et la santé mentale, priorités thématiques pour les cinq années à venir (cf. fiches 2.8 et 2.7) ainsi que la cancérologie, le parcours de certaines maladies chroniques ou encore des thématiques telles que les soins palliatifs ou la santé bucco-dentaire. L'amélioration du parcours de santé des personnes handicapées et des personnes âgées est également traitée spécifiquement (cf. fiches 2.3, 2.4 et 2.5). Cet axe a vocation à se déployer avec le concours de l'ensemble des partenaires de l'Agence, en particulier l'Assurance maladie sur les parcours BPCO et insuffisance cardiaque chronique.

AXE 2 | Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

EN BREF

Les invariants de tout parcours :

- **Une meilleure coordination entre les professionnels**
- **Des dispositifs mieux articulés et plus lisibles pour les patients**
- **Des innovations au service des parcours**

Des fiches actions détaillant 18 parcours prioritaires

MESURES CLÉ

#Parcours

Rendre lisibles les solutions de coordination à destination des professionnels de santé, patients, aidants

#Parcours #Numérique

Développer le déploiement et l'usage de la solution régionale de coordination e-Parcours

#Périnatalité

Soutenir le développement d'une offre physiologique dans ou adossée à chaque maternité et accompagner des projets de maison de naissance

#Autonomie

Structurer un service territorial de l'autonomie afin d'accompagner et d'orienter la recherche et la mise en œuvre de solutions effectives

#SantéMentale

Inscrire la santé mentale dans tous les partenariats noués par l'ARS avec les autres services de l'État, les collectivités et les associations

#Handicap

Amplifier la démarche « Réponse accompagnée pour tous » via un plan de développement de l'offre pour personnes handicapées (plan Inclus'IF 2030)

#Recherche

Améliorer et promouvoir l'accès des professionnels et des patients à la recherche

#PersonnesÂgées

- Pour les plus de 75 ans, structurer des parcours d'hospitalisation directe et renforcer les mesures pour les éviter
- Structurer les dispositifs d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

#Aidants

Rendre lisible l'offre de relais et de répit sous toutes ses formes en intégrant l'accessibilité financière

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

EXEMPLES D'ACTIONS DÉPARTEMENTALES ISSUES DU CNR SANTÉ SÉLECTIONNÉES EN LIEN AVEC LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

1. Créer des postes professionnels de médiateurs familiaux pairs en santé mentale (Val-de-Marne – 94).
2. Projet Fil'âge (Hauts-de-Seine – 92) : préfigurer un service territorial de l'autonomie pour faciliter et renforcer l'offre domiciliaire sur le Nord 92 afin de :
   - donner accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante à tous ;
   - avoir une réponse d'urgence partout, accessible et de qualité ;
   - mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers de la santé ;
   - faire entrer la prévention dans le quotidien en organisant des temps de prévention.
3. Mettre en place des références parcours pour les personnes en situation de handicap avec une plateforme de ressources en appareillage et aller-vers et, à terme, des référents pour les personnes en situation de handicap (Val-d'Oise – 95).

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 5	**Évolution de la file active moyenne des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) par territoire de coordination**	**2022** 23 726	35 000 à 40 000 dont 30 % de patients hors cancérologie/ soins palliatifs/ gérontologie
Indicateur 6	**Nombre de structures / établissements disposant d'organisations permettant la prise en charge personnalisée des femmes enceintes socialement vulnérables**	**2023** 5	10
Indicateur 7	**Évolution du taux de mortalité infantile**	**2019-2021** 4 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants	Baisse de l'évolution de la mortalité infantile

Indicateur 8	**Évolution du taux de participation aux dépistages organisés des 3 cancers bénéficiant d'un programme national : cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer colorectal**	**Campagne 2021-2022** Cancer du sein : 36,9 % Cancer colorectal : 31,3 % **Campagne 2019-2021** Cancer du col de l'utérus : 52,6 %	Dépistage cancer du sein : 70 % Dépistage cancer colorectal : 65 % Dépistage cancer du col : 70 %
Indicateur 9	**Evolution de la part des hospitalisations prolongées (>6 mois) en psychiatrie**	**2022** 3,4 % des séjours en hospitalisation complète	Inférieur à 2 %
Indicateur 10	**Taux d'hospitalisations en urgence des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères**	En attente de la feuille de route nationale santé mentale	En attente de la feuille de route nationale santé mentale
Indicateur 11	**Taux d'évolution du nombre de mesures de soins sans consentement**	Attente de l'indicateur régionalisé de la feuille de route nationale	Attente de l'indicateur régionalisé de la feuille de route nationale
Indicateur 12	**Nombre d'aidants accompagnés par des plateformes de répit**	**2021** 4 387	9 000
Indicateur 13	**Nombre d'usagers de crack engagés dans un parcours de soins et sortis de la rue**	**2022** 70	700

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Clarifier les missions des acteurs de la coordination et en faciliter le recours

Diagnostic et enjeux

Plusieurs types de dispositifs de coordination existent[26] au niveau national comme régional, de façon réglementée ou à titre expérimental : tous visent à **améliorer la capacité du système de santé à repérer, orienter, prendre en charge les personnes dont la situation est rendue complexe** du fait de leur polypathologie clinique, à laquelle peuvent s'ajouter des difficultés d'ordre social et médico-social. Ils constituent aujourd'hui des outils essentiels de la meilleure structuration des parcours de santé, mais aussi la garantie d'une prise en charge optimale des patients au sein d'un système de santé parfois complexe.

Certains ont une vocation universelle au sens où ils sont missionnés pour intervenir sur l'ensemble des parcours patients, tous âges et toutes pathologies (les DAC), d'autres sont positionnés sur des maladies ou filières spécifiques, notamment s'agissant de pathologies rares et/ou nécessitant une expertise particulière (dispositif régional spécifique (DSR) neurologie, diabète…). D'autres, enfin, concernent un secteur spécifique de santé du fait de son organisation et/ou de ses modes de financement/partenaires particuliers (handicap, précarité, psychiatrie, perte d'autonomie liée à l'âge, périnatalité).

La création et l'évolution de ces dispositifs de coordination répondent donc à un besoin qui reflète la nécessité de mieux orienter les patients et leurs aidants au sein du système de santé. Si chacun des dispositifs trouve aujourd'hui sa place en Île-de-France, leur articulation entre eux et leur fonctionnement d'ensemble doivent toutefois être clarifiés.

En effet, cette pluralité de dispositifs, dont certains sont centrés sur la ville et le domicile, d'autres sur l'hôpital (gestion de l'aval) ou sur le secteur médico-social, peut induire un manque de lisibilité : missions, positionnement, cas d'adressage, compétences propres voire capacité d'effection. **Au global, le risque est que ces dispositifs soient sous-sollicités car mal identifiés ou mobilisés à mauvais escient.**

26 Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes mobiles, dispositifs intégrés handicap (DIH), dispositifs spécifiques régionaux (DSR), cellules d'appui à la résolution des situations complexes (CARSIC), COREVIH, LAMPES, communautés 360, PCPE (pôles de compétences et de prestations externalisées), futurs centres de ressources territoriaux (CRT)…

La fusion d'un certain nombre de réseaux de santé au sein des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), prévue par la loi OTSS de 2019, visait à éviter un éparpillement des moyens et des missions/fonctions de coordination entre différents dispositifs et constituait une mesure importante du PRS2. **Les 22 DAC franciliens sont désormais opérationnels pour l'information et l'orientation, la coordination de parcours complexes et l'animation territoriale.** Ils doivent par ailleurs poursuivre leur articulation avec les autres dispositifs régionaux ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs de la coordination : CPTS, points/portails autonomie territoriaux (PAT), cellules d'appui à la résolution des situations complexes (CARSIC), communautés 360, professionnels de ville, ES, ESMS, etc.

Il paraît en effet essentiel **d'appréhender la notion de coordination dans une approche graduée, et notamment de réaffirmer la contribution de chaque intervenant du système de santé** : l'usager et ses aidants (niveau 1), le médecin traitant dont le rôle dans l'animation du cercle de soins demeure essentiel, le cas échéant au sein d'une CPTS ou d'une structure d'exercice coordonnée (niveau 2), l'établissement de santé ou l'établissement et service médico-social (niveau 3) et, le cas échéant, un dispositif d'appui (niveau 4) qui peut être un DAC, un réseau de périnatalité, une CARSIC ou une structure intervenant dans le champ des personnes handicapées telle qu'une communauté 360. Cette dernière catégorie d'acteurs de la coordination a vocation à intervenir en subsidiarité des ressources possibles sur le territoire ou en appui à la coordination de ces dernières.

Fort de ces constats partagés, **ce PRS a pour ambition d'optimiser l'utilisation des ressources dédiées à la coordination des parcours, dans une logique d'intégration et de gradation pour les rendre plus lisibles.** Ces orientations ont vocation à se déployer dans une logique partenariale, avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et de la ville, notamment à travers la montée en charge des CPTS en lien avec l'Assurance maladie.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Poursuivre la logique de convergence et de complémentarité des dispositifs afin d'optimiser leurs interventions.
- Améliorer la lisibilité de l'ensemble au bénéfice des parcours de santé, tant pour les professionnels que pour les usagers, et fluidifier les modes d'adressage en clarifiant les cas d'usage de chaque acteur.
- Faciliter l'organisation de l'aval hospitalier, en fluidifiant les sorties et en sécurisant les retours à domicile.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

1er objectif : poursuivre la logique de convergence entre les dispositifs pour optimiser leurs interventions

- **Renforcer le rôle de guichet intégré des DAC**, acteur privilégié de la coordination des parcours de santé complexes, à destination des professionnels, des usagers et des aidants :
  - poursuivre l'ouverture des prises en charge vers le « tous âges et toutes pathologies » ;
  - en lien avec le référentiel de missions des DAC (dont le contenu est appelé à évoluer), renforcer la mission d'appui à la coordination des parcours pour les situations les plus complexes ;
  - poursuivre et renforcer la prise en charge des personnes en situation de précarité ;
  - poursuivre la construction de liens opérationnels avec la ville (notamment les CPTS et les structures d'exercice coordonné, en lien avec l'Assurance maladie), les établissements de santé, l'hospitalisation à domicile, le secteur médico-social et les acteurs de la « Une réponse accompagnée pour tous ».
- **Confirmer et valoriser le rôle de coordination de chaque professionnel et structure de soins,** notamment dans le cadre de la prise en charge et du suivi des patients porteurs de pathologies chroniques :
  - communiquer (en lien avec l'Assurance maladie) sur les objectifs et les moyens de la coordination de parcours, qu'ils soient organisationnels, humains ou numériques, notamment au sein des CPTS, des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Un impact en termes de gain de temps médical pour les professionnels de santé pourra être attendu ;
  - veiller à la mise en place ou à l'identification d'une mission dédiée à l'hôpital, ayant en particulier une valence sociale et médico-sociale, ainsi que dans les structures d'exercice coordonné et au sein des CPTS ;
  - intégrer la dimension de « coordination » et de « parcours » dans la feuille de route sur le soutien à l'exercice coordonné, déployé par l'Assurance maladie et l'Agence.

- S'appuyer sur les DAC et les autres acteurs pour identifier les ruptures de parcours sur les territoires, afin de pouvoir y apporter des réponses plus adaptées.
- Identifier et s'appuyer sur les dispositifs régionaux ayant une expertise spécifique dans le champ des pathologies chroniques et intervenant auprès de leurs aidants.
- **Favoriser l'interconnaissance et l'acculturation des dispositifs ainsi que l'interpénétration des filières.** Le rôle d'animation territoriale du DAC, en lien avec les missions des CPTS, est à valoriser et à coordonner avec les acteurs du champ du handicap.
- Développer le déploiement et l'usage de la **solution régionale de coordination e-Parcours** (cf. fiche 3.11).
- Travailler particulièrement au sein de chaque territoire les articulations avec les services des conseils départementaux et les communes, afin de faire émerger des organisations territoriales permettant une prise en charge globale des parcours.
- Développer des formations spécifiques liées à la coordination des parcours à destination des professionnels en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.
- Mettre en œuvre une démarche d'évaluation du service rendu par les organismes chargés de la coordination des parcours.

2e objectif : améliorer la lisibilité de l'ensemble des dispositifs de coordination au bénéfice des parcours de santé, tant pour les professionnels que pour les usagers

- **Dresser une cartographie accessible aux professionnels, aux patients et aux aidants, de l'ensemble des acteurs de la coordination** avec une fiche d'identité pour chacun (périmètre, modalités de mobilisation, mode d'action, critères d'inclusion…). Cet outil a notamment vocation à s'appuyer sur les portails Maillage.
- **Mettre à disposition des professionnels une cartographie de l'offre** (au-delà de la coordination), grâce à l'outil Santégraphie, alimentée par le Répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- **Améliorer, favoriser et promouvoir la complétude et l'actualisation continue du ROR** pour l'ensemble de l'offre (dont les DAC) et confirmer l'ambition d'une harmonisation des outils favorisant le partage de données.
- Inciter l'ensemble des dispositifs intervenant dans le champ de la coordination des parcours à **élaborer des protocoles d'adressage mutuels** fondés sur des cas d'usages récurrents dans le but d'une meilleure articulation entre eux.

- Tendre vers une homogénéisation des zones d'intervention des différents dispositifs par type « d'enjeu » territorial (proximité, département, région).
- **Élaborer des actions de communication, en lien notamment avec l'Assurance maladie, à destination des professionnels et/ou structures** (secteurs sanitaire, médico-social et social) et du grand public afin de rendre plus visibles les dispositifs de coordination des parcours, dont les DAC.

3e objectif : faciliter l'organisation de l'aval hospitalier, en fluidifiant les sorties et en sécurisant les retours à domicile

La sortie de l'hôpital représente une responsabilité partagée de l'ensemble des acteurs et doit pouvoir être anticipée.

- Améliorer le lien ville/hôpital – hôpital/ville (ex. : participation de l'hôpital aux instances des CPTS et réciproquement ; organisation par l'hôpital de groupes/comités avec des acteurs de ville…) et le lien ville/ESMS – hôpital/ESMS.
- Favoriser l'accès à l'expertise hospitalière : des avis médicaux rapides, des consultations semi-urgentes, développement de la téléexpertise, ouverture de staffs, postes partagés ville-hôpital et fonction de coordination de parcours, etc.
- Ouvrir certaines structures de gouvernance hospitalière, notamment les commissions d'hospitalisations longues, à l'hospitalisation à domicile (HAD) et à la ville (DAC, CPTS).
- Mettre en place au sein de l'hôpital une organisation permettant l'anticipation et le suivi de ces situations.
- Favoriser les organisations coopératives entre l'hôpital et la ville (structures de soins/CPTS/DAC) permettant d'organiser et de sécuriser le retour à domicile des patients après une prise en charge hospitalière : partager les informations, trouver un médecin traitant ou des professionnels pouvant assurer les aides et soins auprès du patient…
- Développer le recours et la culture de l'HAD en ESMS (PA/PH/PDS), notamment pour éviter les hospitalisations des résidents.
- Identifier, au sein des établissements de santé, une fonction de coordination médico-sociale en lien avec le service social (en prenant en compte les résultats des expérimentations LAMPES), pour repérer dans le parcours hospitalier les publics en difficulté sociale et travailler à la sortie de l'hôpital, en lien avec les DAC.

- Poursuivre la pérennisation du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes en Ehpad et en USLD, et prévoir la mise en place d'autres solutions pour les patients sortant d'hospitalisation non autonomes mais ne résidant pas dans ces structures.
- Améliorer la connaissance et l'identification par les professionnels du territoire des procédures de traitement accélérées des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de l'APA en cas d'urgence (critères, personnes ressources, procédures, etc.), et les acculturer globalement aux différentes procédures.
- Accélérer le déploiement du référent handicap en établissement sanitaire, garant d'un parcours de soins adapté[27].
- Pour les patients les plus vulnérables et/ou précaires, renforcer les compétences et les organisations, notamment dans le cadre de la gestion des sorties hospitalières complexes.
- Associer plus largement les collectivités territoriales et les usagers aux réflexions et travaux pour faciliter l'accès aux droits.

27 Décret n° 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient en établissement de santé.

L'innovation, levier d'évolution des pratiques et des prises en charge

Diagnostic et enjeux

La question de l'innovation est au cœur des politiques publiques de santé. Elle permet non seulement de **moderniser les organisations, mais aussi d'imaginer des pratiques et de nouvelles manières de prendre en charge les patients.** Ainsi, de nombreux bénéfices sont attendus du développement de l'innovation en santé, qu'elle soit organisationnelle, numérique ou technologique :

- une évolution des organisations permettant, sur la base notamment d'outils numériques ou de nouvelles modalités de travail, le décloisonnement des acteurs du système de santé (ville, hôpital, médico-social, social) et l'évolution des modèles actuels de prise en charge, y compris pour une amélioration des parcours ;
- une évolution des pratiques professionnelles et des métiers avec, par exemple, l'usage de l'intelligence artificielle (IA) dans les diagnostics, l'utilisation de « jumeaux numériques », la simulation, la personnalisation des prises en charge, la numérisation de l'activité d'anatomie et cytologie pathologique, l'utilisation des données de santé, le séquençage génétique, les thérapies digitales, les objets connectés…

L'Île-de-France est une région d'excellence et un pôle majeur de la recherche et de l'innovation en santé au niveau européen. Elle a été classée première région européenne en termes d'investissements dans les technologies de santé. Afin de soutenir et d'accompagner le développement des projets innovants, l'écosystème francilien dispose également d'un nombre important d'acteurs (ARS, collectivités, pôles de compétitivité, incubateurs, Banque des territoires…) accompagnant les porteurs de projet.

Il existe d'ores et déjà au sein de l'ARS Île-de-France des dispositifs permettant d'accompagner des projets innovants :

- **l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018** facilite spécifiquement l'expérimentation d'innovations organisationnelles et de nouveaux modèles de financement, en offrant la possibilité de déroger à certaines dispositions de droit commun. En Île-de-France, la mobilisation est très forte : au 1er janvier 2023, les acteurs franciliens testaient 40 expérimentations de nature très

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

diverse autour de nouveaux parcours de soins, modes de financement ou modalités de prise en charge ;

- **d'autres initiatives lancées par l'ARS** permettent de détecter et d'accompagner le déploiement de projets territoriaux innovants émanant des acteurs du système de santé francilien (dispositif **Startups d'État, appels à projets, animation des acteurs de l'écosystème régional d'innovation en santé, etc.).**

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Poursuivre le soutien à l'innovation, **continuer à repérer et à accompagner les innovations susceptibles d'améliorer la prévention, les prises en charge et l'amélioration de la santé** des Franciliens constituent des enjeux majeurs pour les prochaines années.
- Par ailleurs, une fois les expérimentations lancées, **leur évaluation et la définition des modalités de pérennisation constituent également des enjeux importants pour assurer le « passage à l'échelle » des démarches innovantes, notamment des projets « article 51 ».** Parmi les expérimentations en cours, plusieurs peuvent d'ores et déjà être identifiées comme inspirantes pour de futures transformations, en matière d'évolution des métiers et changement des pratiques professionnelles, de transformation des modèles de financement ou d'ingénierie financière. À l'approche de la fin d'expérimentation, l'un des enjeux consiste à préparer le déploiement à plus large échelle des démarches qui auront fait la preuve de leur intérêt, afin qu'elles puissent bénéficier au plus grand nombre. Parallèlement, de nouveaux projets ciblés pourront intégrer le dispositif « article 51 » de manière à poursuivre notre démarche de transformation du système de santé régional avec des idées nouvelles.

Cela se traduira par des actions visant à :

- accompagner les innovations par la mise en œuvre d'e**xpérimentations** ;
- mettre en place une **démarche évaluative** (usages, médico-économique) des expérimentations afin d'identifier les projets qu'il convient de pérenniser et d'étendre et les conditions d'un « passage à l'échelle » ;
- accompagner la **diffusion** des innovations afin qu'elles bénéficient au plus grand nombre ;

- accompagner les **sorties d'expérimentation « article 51 » et la généralisation** des projets qui seront pérennisés ;
- encourager la **recherche sur les systèmes de santé** (sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales ou encore sur les services en santé) afin d'éclairer l'intervention publique et d'intégrer les résultats de ces recherches dans la prise de décision ;
- **favoriser l'accès à la recherche clinique** dans les territoires en veillant à réduire les inégalités d'accès à la recherche et à l'innovation.

Ces objectifs seront poursuivis dans une **logique de complémentarité et de cohérence** avec les autres acteurs franciliens de l'innovation et de la recherche, et dans l'objectif de **rendre lisibles** pour les porteurs de projet les différents dispositifs de soutien à l'innovation.

Le choix des projets innovants qui bénéficieront d'un accompagnement spécifique de la part de l'ARS s'appuiera, notamment, sur les critères suivants :

- projets traitant des thématiques prioritaires du présent PRS ;
- projets visant à améliorer la prise en charge de **l'expérience patient** ;
- projets visant à développer des actions partagées entre les différents partenaires d'un territoire au bénéfice des patients de ce territoire (type **« responsabilité populationnelle »**) ;
- projets visant à tester des technologies innovantes, telles que l'IA.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Accompagner de nouveaux projets innovants pour expérimenter de nouvelles modalités de prise en charge et/ou de financement, sur des thématiques constituant des priorités de l'ARS

- Accompagner l'émergence, le lancement et la mise en œuvre de **nouveaux projets « article 51 »**.
- **Organiser des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projets, ouverts à tous les acteurs du système de santé** (établissements publics et privés, professionnels de santé de ville, structures d'exercice coordonné…), impulsés par l'ARS Île-de-France et ses partenaires, permettant :

  – d'identifier les initiatives, acteurs et pratiques innovantes ;

– de co-construire avec les acteurs de terrain des solutions innovantes ;

– d'accompagner la mise en place de « pilotes » pour évaluer l'usage de dispositifs médicaux et autres objets connectés et proposer de nouvelles organisations.

- **Favoriser le co-développement et l'évaluation en vie réelle** de solutions sur des thématiques prioritaires de santé publique ciblées, et faire en sorte que les solutions validées soient généralisables dans la région (type tiers lieux d'expérimentation, AAP innovation organisationnelle, dispositif Startups d'État…).

Accompagner la pérennisation et le passage à l'échelle des expérimentations ayant démontré leur plus-value

- Accompagner la mise en œuvre et la **diffusion** des expérimentations actuellement en cours (article 51, Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), etc.) et ayant fait l'objet d'une évaluation démontrant leur valeur ajoutée.
- Améliorer la connaissance et la visibilité de solutions innovantes en organisant des **temps d'échanges,** de présentation et de **retours d'expérience** entre acteurs (franciliens ou d'autres régions), sur des thématiques identifiées.
- **Diffuser les résultats de l'évaluation** des expérimentations et identifier leurs conditions de réplicabilité dans un objectif de déploiement à plus grande échelle.
- **Soutenir l'innovation dans les formations des professionnels** (par exemple, la simulation) à travers des appels à projets.

Poursuivre la logique partenariale avec les acteurs franciliens de l'innovation

- Renforcer **la coopération entre les acteurs publics et privés** de l'innovation et du numérique en santé à travers des journées d'échange.
- Poursuivre l'animation du **groupe de travail régional d'échange sur l'innovation en santé numérique** qui réunit différents acteurs publics (conseil régional, le pôle de compétitivité Medicen, établissements de santé, incubateurs de startups (Paris&Co et PariSanté Campus), le groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI), etc.) afin de partager et coordonner les différentes initiatives.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- **Rendre lisibles et accessibles, pour les porteurs de projet, les différents acteurs pouvant les accompagner, les dispositifs existants et les AAP en cours, notamment via la constitution d'un panorama des innovations et du Guichet national de l'innovation et des usages en e-santé (G_NIUS).**
- **Positionner l'ARS en tant que partenaire** pour l'élaboration des appels à projets, pour la sélection des projets, leur financement et leur suivi, portés par des partenaires régionaux ou nationaux.

Soutenir la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

- **Déployer l'annuaire des essais cliniques** en Île-de-France afin d'améliorer l'accès des patients à la recherche clinique dans les territoires en fonction du lieu de résidence, et favoriser, pour les professionnels et les équipes, la possibilité de promouvoir ou de participer à des recherches.
- **Promouvoir et encourager la recherche sur les systèmes de santé** (les soins primaires, le maintien à domicile, la recherche sur la pertinence des soins ou sur les organisations de santé…) en soutenant les acteurs régionaux de la recherche.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Accompagner les parcours de santé des personnes âgées

Diagnostic et enjeux

Les établissements de santé sont confrontés, tout comme le système de santé dans son ensemble, aux défis du **vieillissement de la population qui va s'accentuer dans les 30 ans à venir.** En effet, en Île-de-France, selon les projections de population de l'Insee, la population francilienne de plus de 75 ans passerait de 839 000 en 2020 (6,9 %) à 1 142 000 en 2030 (8,9 %), soit une hausse de 36 %. Ces évolutions se caractérisent par ailleurs par de **fortes disparités infrarégionales** avec une croissance soutenue de la population âgée en grande couronne, intermédiaire en petite couronne et plus modérée à Paris. Enfin, on observe une augmentation du nombre de personnes âgées en situation de grande précarité.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,3 % des patients mais 22 % de l'activité globale des établissements de santé, et **le taux d'hospitalisation croît avec l'âge**. L'activité de médecine en Île-de-France est conforme à cette tendance avec, en 2017, 23 % de la totalité des séjours qui concernent les personnes âgées de plus de 75 ans.

Cependant, **le service d'urgence est encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées.** En 2017, 45 % des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de plus de 65 ans et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus. Le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées.

Les personnes âgées sont également sujettes à un **nombre plus élevé de réhospitalisations,** qui sont sources de rupture dans le parcours de vie et de soins : 18,2 % des séjours sont suivis d'une réhospitalisation à 30 jours à partir de 75 ans. Enfin, l'incidence de la **dépendance liée à l'hospitalisation** augmente entre 30 et 60 % chez les personnes âgées de 70 ans et plus (marche, toilette) et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus. Après une sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

La région est structurée par 34 filières de soins gériatriques. Cette organisation permet, à l'échelle de chaque territoire, d'organiser les parcours de soins des personnes âgées en lien étroit avec les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social. Ces filières organisent également des parcours de soins en lien avec d'autres filières de soins spécifiques, comme par exemple en cardiologie, pneumologie, neurologie et psychiatrie, mais peuvent être déployées également en chirurgie.

La structuration d'un parcours d'admission directe, promu dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences, vise à apporter une réponse à une indication d'hospitalisation non programmée portée par un médecin pour une personne âgée dont la situation clinique ne nécessite pas le recours au service d'accueil des urgences. Pour les personnes âgées, qu'elles soient en Ehpad ou non, ainsi que pour leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents, permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire. Cela requiert la mise en place d'une coordination effective entre les professionnels de ville et les services hospitaliers.

Il convient également de **renforcer les moyens directs des Ehpad dans leur prise en charge médicale et soignante** vis-à-vis d'une population très âgée et polypathologique.

Au-delà de la problématique de l'incidence des hospitalisations (dont les passages aux urgences) des personnes âgées, **la question des bonnes conditions de maintien à domicile est particulièrement prégnante,** dans un contexte où la part de ces personnes résidant en institution est minoritaire. Cette question est traitée de manière transverse dans l'axe 2 (notamment au titre des outils de coordination des parcours) ainsi que dans l'axe 3.

Objectifs stratégiques

- **Structurer et généraliser des parcours d'admissions directes** en service d'hospitalisation des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences qui sont évitables (cf. Ségur de la santé).
- **Renforcer le rôle des filières de soins gériatriques** afin de fluidifier les parcours entre structures et favoriser le lien avec les filières de soins spécifiques.
- **Renforcer la prise en charge médicale et soignante des Ehpad** afin de tenir compte des profils cliniques des résidents avec des pathologies de plus en plus sévères.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Structurer et généraliser des parcours d'admissions directes en service d'hospitalisation

Cette mesure a vocation à concerner tous les services des établissements de santé accueillant des personnes âgées. L'enjeu porte sur la proposition d'une prise en charge à part entière, et non seulement d'une option offerte à une demande de soins non programmés, dans le cadre d'un parcours structuré et organisé reposant sur :

- la définition d'éléments de processus clés dans la coordination ville - médico-social - hôpital et dans l'organisation de l'établissement de santé ;
- la définition de règles d'orientation afin d'éviter des pertes de chance ;
- l'élaboration de chemins cliniques pour les motifs les plus fréquents de recours ;
- une analyse des pratiques et une démarche qualité et de gestion des risques ;
- une sensibilisation et une communication forte.

Ce parcours nécessite un lien étroit et un engagement commun entre les établissements de santé et les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social.

Renforcer le rôle des filières de soins gériatriques

Les leviers suivants doivent permettre de renforcer encore davantage le rôle des filières de soins gériatriques.

- **Favoriser le recours à l'expertise en gériatrie via un numéro de téléphone unique/interface numérique** et via le renforcement des dispositifs de télésanté (téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance) à l'échelle de chaque territoire. Ce numéro sera partagé à l'ensemble des professionnels et des médecins généralistes de ville pour améliorer les prises en charge et éviter les passages aux urgences.
- **Renforcer la présence de gériatres aux urgences** et organiser des circuits courts de prise en charge.
- **Créer des consultations gériatriques semi-urgentes en amont et aval du passage par les urgences** et développer l'accueil en hôpital de jour gériatrique à visée diagnostique et thérapeutique.
- Développer l'action des équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalière intervenant auprès des Ehpad.
- Sécuriser les sorties d'hospitalisation par des dispositifs de coordination favorisant le retour à domicile.
- Développer les interventions des HAD en Ehpad et à domicile, afin d'éviter des hospitalisations conventionnelles évitables et d'améliorer la récupération post-hospitalisation conventionnelle.
- Favoriser la participation de l'HAD aux appuis territoriaux gériatriques et aux soins palliatifs.
- Développer le travail partenarial entre les filières gériatriques du territoire et les établissements d'HAD.
- **Structurer à l'échelle de chaque filière de soins gériatriques le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH)**[28] : déploiement d'un volume adapté (calibré à 220 places d'HTSH en Île-de-France en 2023, réparties entre les 34 filières gériatriques franciliennes).
- Une attention particulière sera portée sur l'accès en Ehpad des personnes hospitalisées qui le souhaitent mais sont bloquées en raison de leur situation de pauvreté.

Renforcer la prise en charge médicale et soignante des Ehpad

Dans cette perspective, l'ARS Île-de-France poursuivra l'activation des leviers suivants :

- augmenter le temps médical de médecins coordonnateurs et maintenir le dispositif de médecins prescripteurs ;
- généraliser le **dispositif d'astreinte infirmière de nuit en Ehpad** ;
- améliorer la prise en charge des situations d'urgence en Ehpad (*projet ASSURE en Île-de-France*) ;
- accroître les actions de prévention : mise en œuvre du plan anti-chutes, lutte contre la dénutrition, prévention des risques liés à la iatrogénie médicamenteuse, prévention des infections et de l'antibiorésistance (cf. fiche 5.6) et promotion de l'activité physique adaptée (cf. fiche 6.6) ;

28 Ce dispositif permet d'organiser le transfert en HTSH pour un séjour de 30 jours en soins gériatriques dans le territoire ou à proximité du domicile de la personne âgée ou de celui des aidants, et d'améliorer et sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier.

- une attention particulière sera portée, en lien notamment avec l'Assurance maladie, les collectivités territoriales et les associations, aux personnes en situation d'isolement social et de précarité, ainsi qu'aux personnes âgées dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les quartiers d'habitat ancien dégradé.

Mieux accompagner le parcours de vie des personnes en situation de handicap

Diagnostic et enjeux

L'enjeu de l'accompagnement des parcours de vie des personnes en situation de handicap s'entend dans le cadre de deux démarches qui doivent être amplifiées :

- **la transformation de l'offre : elle vise à sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap quel que soit le lieu de vie choisi, et surtout à garantir à chaque personne un accompagnement souple, modulaire** et construit au regard de ses attentes, en développant son accès effectif aux apprentissages, à la formation et l'emploi, à la santé, au logement et à toutes activités favorisant sa pleine participation à la vie sociale. Elle répond également au développement de solutions pour les situations les plus complexes.
- **« Une réponse accompagnée pour tous » :** elle doit permettre d'apporter des solutions d'accompagnement aux enfants et adultes en situation de handicap, afin **d'éviter toute rupture** dans leurs parcours.

Cependant, **l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap est largement insuffisante** en Île-de-France et conduit à des ruptures de parcours et à des pertes de chance pour les enfants et les adultes concernés (cf. fiche 3.8).

L'enjeu de développement de l'offre médico-sociale est donc majeur en Île-de-France pour l'accompagnement des parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Objectifs stratégiques à 5 ans

- Déployer un observatoire régional sur le handicap.
- Poursuivre et amplifier la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».
- Soutenir le mouvement de transformation déjà engagé en Île-de-France pour développer une offre plus souple, adaptée aux projets des personnes et des situations individuelles.

- Développer l'offre pour les personnes en situation de handicap et réduire les inégalités entre les départements franciliens et l'écart avec le taux d'équipement national pour les enfants et les adultes en situation de handicap.
- Soutenir la participation sociale des personnes en situation de handicap.
- Déployer des solutions adaptées à tous les âges de la vie.
- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de la prévention à la prise en charge en soins, à tous les âges de la vie.
- Proposer des solutions de relais et de répit.
- Apporter des réponses à la grande complexité.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Déployer un observatoire régional sur le handicap pour :

- donner une bonne visibilité de l'offre aux personnes en situation de handicap, à leurs parents et à leurs aidants ;
- rendre compte de l'identification des besoins des personnes et outiller le développement de l'offre ;
- partager des pratiques innovantes ;
- mettre en place et animer des communautés de pratiques.

Poursuivre et amplifier la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

L'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est de **proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite** et de permettre son inscription dans un parcours conforme à son projet de vie.

Cette démarche a été fondatrice en région Île-de-France d'une **refonte des partenariats entre les acteurs que sont l'ARS Île-de-France, les conseils départementaux, les maisons départementales des personnes en situation de handicap, les rectorats et les caisses primaires d'assurance maladie**, au bénéfice du parcours des personnes en situation de handicap, dans l'optique d'atteindre le « zéro sans solution ». Cette gouvernance forte a permis de mettre en œuvre un observatoire de l'écosystème autour des personnes en situation de handicap, alimenté en complémentarité avec les acteurs du parcours que sont les dispositifs intégrés handicap, les communautés 360 et les pôles de compétences et de prestations externalisées. Ces derniers constituent des soutiens essentiels en termes de coordination et d'appui au parcours.

Le PRS devra permettre de poursuivre cette démarche afin de :

- **soutenir et consolider les communautés 360** (cf. fiche 2.1) en replaçant les maisons départementales des personnes en situation de handicap (MDPH) au cœur du pilotage de ces dispositifs pour toujours simplifier l'appui apporté aux personnes en situation de handicap ;
- renforcer l'usage (par les ESMS et les usagers) de **ViaTrajectoire Handicap** pour améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre médico-sociale disponible, faciliter le suivi des décisions d'orientation et l'identification des besoins via l'observatoire SID SDO (Système d'information décisionnel de suivi des orientations de ViaTrajectoire Handicap)[29] ;
- participer à la structuration d'un **service public départemental de l'autonomie** permettant l'accompagnement, l'orientation, la recherche et la mise en œuvre de solutions effectives dans une logique domiciliaire, inclusive et respectueuse du choix des personnes, pour des parcours sans rupture.

Soutenir le mouvement de transformation déjà engagé en Île-de-France pour développer une offre plus souple, adaptée aux projets des personnes et aux situations individuelles

L'Agence **accompagnera les établissements volontaires dans le cadre d'un programme d'appui, mis en œuvre par le CREAI Île-de-France.** Cet appui, non prédictif en termes de développement de l'offre, permettra aux établissements de maintenir une dynamique d'innovation. De manière complémentaire, **le développement d'une offre inclusive et modulaire** sera soutenu. Des outils seront également partagés pour accompagner **le passage en plateformes des établissements** médico-sociaux, prioritairement sur le secteur de l'enfance mais également concernant les adultes. Des objectifs de progression de l'offre inclusive (part de service dans l'offre) seront fixés.

L'outillage numérique des établissements sera également renforcé, en particulier dans le cadre du programme ESMS numérique et du Ségur numérique, afin notamment d'étendre l'usage du dossier usager informatisé, du DMP (dossier médical partagé) et de Mon espace Santé, et ainsi d'améliorer les prises en charge et la coordination entre les différents professionnels intervenant dans le parcours des personnes en situation de handicap.

29 Système d'information décisionnel de suivi des orientations de ViaTrajectoire Handicap. Ce nouvel outil de pilotage et d'aide à la décision vise à mieux comprendre la situation de chaque territoire.

Développer l'offre pour les personnes en situation de handicap et réduire les inégalités entre les départements franciliens et l'écart avec le taux d'équipement national pour les enfants et les adultes en situation de handicap (cf. fiche 3.8)

Soutenir la participation sociale des personnes en situation de handicap

Trois groupes de travail et une concertation numérique organisés pendant les périodes de concertation préalables au projet régional de santé ont permis de nourrir les feuilles de route opérationnelles et de soutenir un plan d'amélioration de la bientraitance et de soutien à la représentation et à la pleine participation sociale des personnes en situation de handicap.

L'autodétermination des personnes sera notamment encouragée dans le cadre de la démarche de transformation de l'offre, mais également par le déploiement de nouveaux **groupes d'entraide mutuelle et de clubs d'insertion sociale et professionnelle. Les dispositifs d'accompagnement en projet et parcours de vie** seront déployés dans chaque département pour permettre aux personnes en situation de handicap et à leurs proches de formuler eux-mêmes leur projet de vie et ainsi de construire leur parcours.

Déployer des solutions adaptées à tous les âges de la vie

L'accompagnement des personnes en situation de handicap tout au long de leur vie constitue un enjeu fort impliquant l'ensemble des acteurs de la politique du handicap.

- **Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants** en situation de handicap : le déploiement des plateformes de coordination et d'orientation dans tous les départements pour les enfants de 0-6 ans présentant des risques de troubles du neuro-développement et leur extension pour les enfants de 7-12 ans y contribueront, de même que le renfort des moyens des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques (CMP), associé à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité des accompagnements.
- **Renforcer l'école inclusive :** les rectorats et l'Agence régionale de santé Île-de-France ont noué au fil des années un pacte éducatif inclusif visant à assurer une scolarisation adaptée à chaque élève en situation de handicap ainsi qu'un accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle. **La convention en faveur de l'école inclusive sanctuarise ce partenariat :** augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés et bénéficiant d'un accompagnement humain, consolidation des modalités existantes pour l'inclusion scolaire, développement de nouveaux dispositifs inclusifs, extension des capacités d'accueil des ESMS et des possibilités de scolarisation, renforcement de l'appui à la communauté éducative et amélioration de la coordination des ressources et des solutions apportées, etc.
- **Favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi** des personnes en situation de handicap : l'ARS porte en lien avec les rectorats, dans le cadre de la **convention « Atouts pour tous »,** le déploiement d'un dispositif d'insertion professionnelle dédié aux jeunes en situation de handicap. Ce dernier doit permettre d'assurer une insertion professionnelle réussie des jeunes Franciliens de 16 à 30 ans en situation de handicap.
- Poursuivre les actions en faveur de **l'accès et du maintien dans l'emploi** dans le cadre des plateformes de l'emploi accompagné, déployées dans chaque département par l'action conjointe de l'Agence, de l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) et du FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique)[30].
- **Accompagner les adolescents et les jeunes adultes** en situation de handicap lors des périodes de transition reste l'un des points d'évolution de l'offre attendue pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap. Le développement d'offres spécifiques permettant de favoriser l'autonomie des jeunes sera encouragé. De même, des solutions adaptées aux situations nécessitant des soins plus importants seront mises en œuvre de manière transitoire avant une admission en établissements pour adultes.
- Mieux **accompagner les jeunes en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance**, par le biais de conventions passées entre l'Agence et les conseils départementaux, sanctuarisant une offre dédiée.
- Développer des **solutions variées, adaptées au vieillissement des personnes handicapées**, permettant pour celles qui le souhaitent un maintien au domicile avec un appui en termes de soins adaptés (cf. fiche 2.5).
- **Soutenir la pratique sportive et l'accès à la culture** pour toutes les personnes accueillies en établissements ou services médico-sociaux grâce à la démarche « Culture et santé » et aux partenariats lancés,

30 Fonds pour accompagner dans l'emploi les personnes en situation de handicap (secteurs privé et public).

dans le cadre du plan Héritage des Jeux olympiques et paralympiques, avec le Comité paralympique et sportif français, la Fédération française de sport adapté et les rectorats.

Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de la prévention à la prise en charge en soins, à tous les âges de la vie

Ces actions concernent l'accès à des soins de premiers recours dans la continuité du précédent PRS :

- la continuité du maillage territorial par les consultations dédiées Handiconsult pour assurer des soins somatiques pour tous ;
- la mise en place d'un parcours en santé orale gradué sur chaque territoire, de la prévention aux soins pour tous (cf. fiche 2.19) ;
- le déploiement de la démarche Handigynéco en ESMS handicap, pour construire un véritable parcours gynécologique pour les femmes handicapées, et apporter une information sur la vie affective et sexuelle pour tous les usagers handicapés (cf. fiche 1.7).

De nouvelles actions seront conduites telles que le renforcement de la **politique de prévention en ESMS handicap des trois cancers** faisant l'objet de dépistage organisé (sein, utérus et colon), ainsi que des actions en faveur de l'accessibilité des services de **chirurgie** pour cette population.

Apporter des réponses à la grande complexité

Si les troubles du comportement sont accompagnés au sein des établissements et services médico-sociaux, le déploiement d'une offre dédiée, complémentaire, reste indispensable. À ce titre, des parcours spécifiques faisant appel à l'offre de soins et au médico-social se renforcent ou se structurent :

- pour les personnes concernées par les **troubles du spectre de l'autisme,** l'action des unités mobiles interdépartementales (UMI) et l'Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU) a été renforcée, permettant d'apporter des réponses différenciées et ajustées dans chaque territoire à travers la départementalisation de leur mission d'appui aux établissements médico-sociaux, notamment. De manière complémentaire se déploient des offres spécifiques : les unités renforcées d'accueil de transition (URAT), qui interviennent de manière temporaire en aval de l'USIDATU, et des petites unités résidentielles, dédiées à l'accueil pérenne (même si non définitif) des situations les plus complexes présentant comorbidités et troubles associés avec comportements-défis ;

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- pour les personnes concernées par un **handicap psychique,** le recours aux établissements de santé mentale pendant les périodes de crise et l'aller-vers doivent se structurer et contribuer à un accompagnement sans rupture pour les personnes concernées.

Pour chaque population concernée, des outils partagés d'identification du degré de complexité des personnes sont nécessaires pour permettre l'orientation la plus juste et adaptée.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Accompagner les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes (PHV)

Diagnostic et enjeux

L'Agence est engagée depuis de nombreuses années dans l'élargissement de l'offre d'accueil en faveur des personnes handicapées vieillissantes, notamment pour renforcer la multiplicité des types d'accueil. Le PRS3 est une nouvelle étape d'accélération du déploiement de l'offre dédiée à cette population, mais également de la structuration de la prise en soin en transversalité et en lien avec les acteurs/professionnels du grand âge. **La population des PHV est en augmentation** ces dernières années, notamment au sein des foyers d'accueil médicalisés (FAM) et des maisons d'accueil spécialisées (MAS). Plus globalement, on estime à environ **9 000 PHV**[31] âgées de 50 ans ou plus accueillies dans les structures médico-sociales franciliennes, soit **27 % de l'ensemble du public accueilli.** La proportion des plus de 50 ans a augmenté dans toutes les catégories d'établissements par rapport à 2010 et l'entrée au sein des structures se fait plus tardivement.

Par ailleurs, les pathologies à l'origine du handicap ont peu évolué depuis 2010. Les **troubles du spectre autistique et le handicap psychique sont les pathologies les plus représentées.** Les déficiences intellectuelles et les troubles du psychisme sont présents chez les trois quarts des PHV et pour la moitié d'entre elles, on note une déficience associée.

À l'échelle régionale, le PRS2 a permis l'ouverture de capacités complémentaires : au total, ce sont 255 places en Ehpad (dans des unités PHV dédiées ou non) et 118 places ou solutions dans des établissements ou services médico-sociaux handicap, essentiellement de type FAM (foyers d'accueil médicalisés), qui ont été retenus pendant la période du PRS2. Au total, pour la région Île-de-France, ce sont à ce jour **373 places en structures médico-sociales qui sont dédiées aux PHV.**

31 Source : Enquête ES 2024.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Les grandes orientations stratégiques pour les cinq prochaines années concernent les axes suivants :

- **mieux repérer/dépister les signes du vieillissement précoce**[32] (fragilité, vulnérabilité, comorbidités, perte d'autonomie) derrière les symptômes liés au handicap et savoir dissocier l'un de l'autre. À terme, il s'agit de mettre en place un parcours de vie et de soins individualisé adapté à chaque personne handicapée vieillissante. L'accompagnement de la PHV doit en effet s'inscrire dans un parcours de vie, chaque étape devant être anticipée, préparée et accompagnée. Cet accompagnement nécessite la mise en place de suivis médicaux et paramédicaux réguliers, dont des actions, des soins et un suivi préventif, qui ont pour objectifs de prévenir l'apparition de maladies chroniques et d'éviter autant que possible des événements aigus intercurrents ;
- **réorganiser, compte tenu du vieillissement de la population handicapée, l'offre d'hébergement à destination des PHV**, notamment dans le secteur médico-social. À terme, il s'agit de disposer d'une offre d'accueil variée qui réponde aux besoins des PHV et à leur projet de vie, entre une orientation vers un Ehpad, une structure spécialisée dans la prise en charge des personnes en situation de handicap – par l'appui, notamment, d'équipes mobiles de soins, voire des solutions mixtes permettant d'accueillir sur le même site les personnes handicapées vieillissantes et leurs parents très âgés. Ces solutions sont à élaborer avec les acteurs de chaque territoire et appellent une bonne coordination des politiques publiques dans le champ du grand âge, notamment en lien avec les conseils départementaux ;
- **soutenir l'autodétermination des personnes et proposer une palette de solutions** selon l'évaluation des besoins en soins au domicile et en établissement, en donnant une priorité à la vie à domicile et en visant à adapter les structures spécialisées, à travers par exemple :
  - l'accompagnement du vieillissement des travailleurs d'établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) et préparer leur retraite,
  - l'accompagnement des aidants familiaux,
  - le développement des plateformes de service et des équipes mobiles ;

32 Cette notion désigne le « décalage entre l'âge où apparaîtraient des manifestations de vieillissement et l'âge attendu normalement pour ces manifestations » (Azéma et Martinez, 2005, p. 310).

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

– la mise en place de formules de répit et d'accueil temporaire,

– l'habitat adapté et accompagné par les services d'aide à domicile,

– le déploiement d'unités dédiées en établissements et services médico-sociaux ;

- **veiller à préserver et à stabiliser l'environnement de la personne handicapée vieillissante,** ce qui implique la recherche permanente d'un aménagement des modes de prise en charge afin qu'ils évoluent et s'adaptent au fur et à mesure de l'apparition des besoins liés au vieillissement, et nécessite dès lors de pouvoir disposer d'une palette de réponses diversifiées et complémentaires sur les territoires (cf. supra) ;
- **développer voire créer une offre en soins, prévention, dépistage et prise en charge avec les acteurs du secteur gériatrique, afin de répondre aux besoins de cette population vieillissante.**

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Améliorer et déployer les **outils de repérage des signes du vieillissement,** adaptés à cette population spécifique, qui permettent le repérage et le dépistage des signes de vieillissement précoce (notamment par l'intermédiaire de l'outil e-Parcours proposant des questionnaires de repérage). Élaborer, entre autres, des fiches de repérage des signes du vieillissement par type de handicap, et mettre en place un programme de formation dédié pour les professionnels du secteur médico-social.
- Intensifier **la formation** des professionnels du secteur médico-social handicap et de la gériatrie au repérage et au dépistage des signes du vieillissement (perte d'autonomie, évaluation des fonctions cognitives).
- Soutenir des **démarches d'aller-vers** dans la prise en charge en soins de cette population, notamment les PHV au domicile.
- Déployer et renforcer les **innovations** qui répondent aux besoins spécifiques des PHV (lien avec l'offre de soins du secteur grand âge, les filières de gériatrie, référent parcours PHV).
- Encourager des interventions **de promotion de la santé** auprès des populations en amont du vieillissement (prévention des cancers, pertes sensorielles, santé orale, santé psychique).
- Mettre en place des **programmes de prévention/dépistage systématisés** pour ces populations (protocoles) ; mettre en place, dans le secteur médico-social handicap, une réelle politique de santé de prévention/dépistage du vieillissement, notamment dépistage des cancers tels que sein, utérus et colon, prévention du déclin sensoriel (yeux ; oreilles).
- **Sensibiliser les PHV** aux signes du vieillissement, grâce à des outils de communication adaptés (« Facile à lire et à comprendre » (FALC), infographie).
- Élaborer (en lien avec les acteurs concernés du champ du handicap et du grand âge) un socle commun de prise en charge et de coordination en soins des PHV : réaliser/mettre à jour des **référentiels de missions** régionales à appliquer/déployer par les acteurs concernés (notamment par les structures médicosociales accueillant des PHV). Renforcer l'inscription de cette politique dans les objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des gestionnaires du secteur handicap.
- **Installer un Copil régional** dédié à la prise en charge de cette population pour instaurer une réelle collaboration entre tous les acteurs du champ du handicap et du grand âge impliqués dans la prise en charge de cette population.

Soutenir et accompagner les aidants dans leur parcours

Diagnostic et enjeux

En Île-de-France, 780 000 personnes[33] viennent régulièrement en aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. On estime que 15 à 20 % d'entre elles consacrent plus de 50 heures par semaine à cet accompagnement, avec des conséquences de tous ordres comme l'épuisement physique et psychologique, le stress, les pathologies réactionnelles, l'isolement social. De plus, les difficultés rencontrées par les aidants peuvent être accrues par un faible niveau de revenus, d'éducation ou par leur lieu de vie. De très nombreuses situations ont été identifiées par les équipes de soins des établissements de santé (maladies rares, gériatriques, palliatifs), les acteurs du parcours des personnes en situation de handicap (maison départementale des personnes en situation de handicap, dispositif intégré handicap, ESMS) et les acteurs du parcours des personnes âgées (dispositifs d'appui à la coordination, Ehpad, plateformes de répit).

La **stratégie « Agir pour les aidants »** de l'ARS Île-de-France a vocation à soutenir des actions d'information, de sensibilisation et d'accompagnement des **proches aidants, en particulier dans le cadre des plans successifs « maladies neuro-dégénératives » et de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».**

Toutefois, d'autres situations doivent également être prises en considération, comme par exemple les prises en charge post-AVC lors des retours à domicile, les soins palliatifs… La politique d'appui aux aidants doit être large.

Les enjeux du soutien aux aidants et du développement des solutions de relais et répit sont les suivants :

- préserver la santé physique et mentale des aidants ;
- faciliter la relation du binôme aidant-aidé et prévenir les risques de maltraitance ;
- améliorer les pratiques des professionnels afin de repérer les besoins de relais et répit, favoriser l'acceptation du relais et répit par les aidants ;

33 « Études et résultats » de la DREES – février 2023 : 9,3 millions de personnes apportent une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 (8,4 % en Île-de-France).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- contribuer au développement des solutions de relais et répit pertinentes et accessibles (y compris pour les personnes en situation de précarité) ;
- soutenir les actions en faveur des aidants, via les plateformes d'accompagnement et de relais et répit, l'accueil temporaire, les séjours vacances-répit, le relais à domicile, et en relais des leviers mobilisables auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- s'appuyer sur la compétence et les savoirs des aidants pour développer des démarches de santé participative et améliorer les politiques publiques.

Sur le **secteur du handicap, la région dispose par ailleurs d'une offre de relais et répit réduite et inégale sur les territoires.** Elle se caractérise principalement par des places d'accueil temporaires, une plateforme de répit et un centre de loisirs adapté. Depuis 2020, l'Agence régionale de santé Île-de-France déploie, aux côtés des organismes gestionnaires, des solutions de relais et répit financées par crédits non reconductibles essentiellement orientées pour l'accueil d'enfants et d'adultes en rupture de parcours. Ces offres ont pour point commun d'apporter des solutions à des personnes en grande partie concernées par des troubles du neuro-développement et des comportements-problèmes. Construites dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, **elles sont accompagnées pour une entrée progressive dans le droit commun.**

Sur le secteur des **personnes âgées,** l'aide au relais et répit doit permettre aux proches aidants de bénéficier de périodes de repos, de s'accorder du temps personnel ou de bénéficier de soutien psychologique. Cette aide s'inscrit **essentiellement au travers du plan Alzheimer,** relayé par la feuille de route maladies neuro-dégénératives, et vise à apporter une aide ponctuelle en permettant le financement de solutions d'aide comme l'accueil séquentiel : en accueil de jour, de nuit, en hébergement temporaire (HT) en établissement (1 350 places en Île-de-France).

Cette aide au relais et répit est renforcée par les **34 plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)** qui apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées, d'abord atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette prise en charge est désormais élargie aux aidants de personnes en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap.

Ces offres, si elles permettent un temps de relais et répit indispensable dans des prises en charge souvent éprouvantes, restent centrées sur la personne fragilisée et prennent encore insuffisamment en compte la situation et les difficultés des proches aidants, parents, fratrie, amis… Leur couverture régionale est donc à élargir.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Face à ces constats, l'Agence régionale de santé Île-de-France a décidé de **créer un dispositif de relais et répit et d'accompagnement centré sur les proches d'enfants et adultes handicapés, malades ou âgés,** dont les objectifs stratégiques et opérationnels à cinq ans seront les suivants :

- mailler le territoire francilien de solutions permettant d'assurer le relais et répit pour tous (en tenant compte des inégalités sociales) ;
- déployer et faire connaître (notamment auprès des professionnels de santé, structures concernées et grand public) une large palette de solutions de relais et répit souple et modulaire au plus proche des besoins des personnes et des territoires : en journée, en soirée, la nuit, en semaine ou le weekend, pendant les vacances scolaires ;
- déployer la maison de répit expérimentale qui s'adresse aux binômes aidants-aidés, que l'aidé soit une personne en situation de handicap, âgée ou malade, couplée à une équipe mobile de répit ;
- déployer le village Répit Familles qui permettra l'accueil de personnes en situation de handicap ou âgées et de leurs aidants ;
- déployer une offre de relais et répit à destination principalement des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement médico-social ou signalées, identifiées et priorisées par la MDPH, les dispositifs intégrés handicap (DIH) et les acteurs du parcours (UMI, équipes relais handicaps rares (ERHR), PCPE (pôles de compétences et de prestations externalisées), etc.)[34].

Les trois axes complémentaires de développement de l'offre de relais et répit seront les suivants :

- le développement du soutien aux proches aidants afin de prévenir l'épuisement des familles ;
- la création d'une offre de relais et répit pour les situations individuelles complexes ;
- la diversification de l'offre de relais et répit par la pérennisation de certaines solutions de relais et répit innovantes qui ont émergé lors de la crise sanitaire.

34 Les enfants ou adultes en rupture de parcours, à domicile, présentant des troubles du comportement et qui accèdent peu ou pas aux offres de droit commun, et les enfants ou adultes pour lesquels rester dans leur milieu familial pendant les vacances entraînerait la majoration des TCC et/ou un risque de maltraitance.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Déterminer les besoins, en tenant compte des inégalités sociales et territoriales de santé, par un **diagnostic approfondi** au niveau des territoires, en étroite collaboration avec les associations d'aide aux aidants, pour garantir un maillage territorial pertinent et renforcer la mise à disposition de données spécifiques au champ du handicap.
- **Cartographier l'offre de relais et répit** sous toutes ses formes (hébergement, PFR, association…) en intégrant l'accessibilité financière afin d'identifier les territoires insuffisamment couverts et la proposer au travers de portails **accessibles aux professionnels et au grand public** (Santégraphie ou Maillage, par exemple).
- Investir la **communication et la lisibilité des actions en faveur des aidants** en associant les dispositifs existants.
- Renforcer le **partenariat avec l'association JADE** pour le repérage des jeunes aidants.
- Relayer les modalités de **mise en œuvre du relais et répit s'articulant principalement autour des ESMS de la région** qui ouvrent leur structure ou mettent à disposition leurs locaux sur des périodes de fermeture :
  - recrutement des vacataires et/ou mobilisation des professionnels habituels ;
  - partenariat avec des organismes de séjours adaptés ;
  - partenariat avec le PCPE ;
  - partenariat avec des centres de loisirs.
- Relever le défi du recrutement, de la formation et de la fidélisation des professionnels.

Mieux structurer les prises en charge en santé mentale

Diagnostic et enjeux

La période récente est marquée par une **altération de l'état de santé mentale de la population francilienne,** illustrée par une augmentation de la prévalence des épisodes dépressifs, plus marquée que dans les autres régions. Exacerbée par la crise sanitaire, cette tendance à la hausse s'observe de manière continue depuis 2010, et **concerne tout particulièrement les jeunes**[35]. Début 2022, parmi les mineurs et les jeunes adultes, les indicateurs de souffrance psychique (idées et gestes suicidaires, troubles de l'humeur, troubles anxieux) restent à des niveaux élevés par rapport aux niveaux d'avant-crise.

L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent la période la plus exposée à l'émergence des troubles psychiatriques, en particulier des psychoses et troubles schizophréniques, mais leur détection et leur prise en charge restent encore trop tardives.

Du fait de ses spécificités socio-économiques, la région est par ailleurs particulièrement concernée par la **vulnérabilité accrue de certaines populations (personnes en situation de précarité, personnes migrantes, personnes isolées, étudiants).**

Malgré cela, le **niveau de recours aux soins en Île-de-France reste inférieur à la moyenne nationale.** Ce constat global se double de **fortes inégalités entre départements.** Pour une moyenne régionale égale à 1, les indices varient de 0,87 (Seine-Saint-Denis) à 1,27 (Paris) en hospitalisation à temps plein ; de 0,57 (Essonne) à 1,64 (Paris) en hospitalisation à temps partiel ; de 0,60 (Val-d'Oise) à 1,71 (Paris) concernant les soins ambulatoires[36]. Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre territoires. L'accès aux soins et la lisibilité de l'offre pour les patients et les familles demeurent également un enjeu majeur.

Si l'Île-de-France compte proportionnellement plus de professionnels psychiatres et psychologues que les autres régions, leur répartition territoriale est très inégale, et très contrastée entre Paris et le reste de la région. **Les perspectives démographiques médicales sont très défavorables** (28 % des psychiatres ont plus de 65 ans), et le besoin régional est supérieur au nombre annuel d'internes formés chaque année, alors que près d'un psychiatre sur quatre formés en Île-de-France finit par s'installer dans une autre région[37]. Les autres professions (infirmiers, orthophonistes, assistants sociaux) sont concernées par les mêmes tensions de recrutement.

35 Rapport ORS, *La santé des Franciliens - diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027*, février 2023.

36 Données ATIH 2021.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Promouvoir la bonne santé mentale, agir sur ses déterminants multiples, et prévenir et repérer précocement les troubles psychiques

La santé mentale étant une priorité thématique éminemment transversale, cet objectif renvoie aux actions développées dans les fiches 1.6 et 6.2 du PRS, ainsi que dans le PRAPS.

- **Poursuivre le développement d'une offre de soins ciblée sur la période charnière des 1 000 premiers jours de la vie**, et plus largement sur les enjeux de l'accompagnement durant les périodes antéconceptionnelle et de la petite enfance. Cela se traduira par un développement de l'offre en **psychiatrie périnatale** dans la région, afin de mieux identifier et prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques sévères des parents ou futurs parents, en soutenant les organisations favorisant la bonne intégration entre psychiatrie et périnatalité (staffs médico-psychosociaux, unités psycho-pathologiques, réseaux de périnatalité, protection maternelle infantile…) ; et par un renforcement des actions de dépistage, d'accompagnement et d'inclusion des enfants montrant des anomalies de **la trajectoire neurodéveloppementale.**
- **Garantir une réponse graduée aux situations de crise de l'adolescent dans chaque département**, selon une approche globale, articulant dispositifs d'aller-vers (équipes mobiles de crise), dispositifs de prise en charge rapide, ambulatoire et de courte durée et prise en charge hospitalière si nécessaire, et renforçant le lien entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie et entre services de soins et autres acteurs essentiels du parcours de vie des adolescents (familles, professionnels de l'Éducation nationale, services départementaux…).

37 Données RPPS 2021.

- **Structurer la détection et l'intervention précoces des premiers épisodes psychotiques dans la région**, dans une logique de prévention ciblée vers les jeunes les plus à risque, d'une part en renforçant la capacité de repérage des professionnels non spécialisés de première ligne, d'autre part en facilitant l'orientation vers une offre spécialisée et vers un accompagnement pluridisciplinaire du jeune dans un objectif de continuité des soins et de rétablissement.
- **Structurer la prise en charge du psychotraumatisme dans la région.** Une première étape sera la consolidation des centres régionaux du psychotraumatisme et de leur mission d'animation territoriale, pour identifier et coordonner les offres de soins du territoire et garantir un accès simplifié aux usagers, adultes comme mineurs.
- **Structurer le repérage précoce et l'expertise diagnostique des troubles du spectre de l'autisme et des troubles du neuro-développement** (TND), avec l'extension des plateformes de coordination et d'orientation en direction des enfants de 7 à 12 ans et, en corollaire, l'appui des centres de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA), par le renfort des deuxièmes lignes (centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et centres médico-psychologiques (CMP)) pour la mise en œuvre d'un plan qualité en faveur d'une meilleure application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; par la bonne articulation de ces réseaux avec leurs animateurs et pilotes que sont le Centre de ressources autisme d'Île-de-France, les centres diagnostics experts et les CRTLA.

Renforcer l'offre de soins de santé mentale, en assurant une meilleure gradation des prises en charge et en en améliorant l'accessibilité dans les territoires les plus en besoin

- **Renforcer l'accès à l'offre de premiers recours en santé mentale et l'intégration de la santé mentale aux soins primaires**, en soutenant le déploiement de Mon soutien psy dans la région et la construction d'un parcours vers des soins plus spécialisés si besoin ; en poursuivant le renfort en effectifs de psychologues dans les structures d'exercice coordonné et celles d'accueil, d'hébergement et d'insertion ; en soutenant la diffusion dans les territoires des organisations telles que les soins collaboratifs, améliorant la coordination entre médecine générale et psychiatrie.
- **Renforcer l'organisation et les moyens des centres médico-psychologiques, adultes et infanto-juvéniles**, afin qu'ils puissent assurer pleinement leur rôle de proximité mais aussi de pivot d'un parcours de soins spécialisés et gradués. Cela passera par une meilleure connaissance des fonctionnements actuels et des délais de prise en charge, et s'agissant notamment des CMP enfants et adolescents, par un soutien aux centres nécessitant un appui dans l'organisation de leurs missions d'évaluation et d'orientation d'une part, et de démarche de diagnostic et de projet de soin individualisé d'autre part, dans le but d'améliorer les délais et l'intensité des prises en charge.
- **Favoriser la coordination des parcours de santé et la prise en charge globale des patients vivant avec des troubles psychiatriques**, par la poursuite du renforcement de l'accès aux soins somatiques en intra- et en extra-hospitalier ; par l'implication croissante des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dans les parcours complexes, et une meilleure articulation avec les acteurs du champ de la ville (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)) et du handicap ; par la coopération renforcée entre acteurs de l'addiction et de la psychiatrie, dans le parcours de soins des personnes rencontrant à la fois des troubles psychiques et des problématiques addictives.
- **Favoriser le maintien dans le lieu de vie**, en favorisant les dispositifs d'aller-vers, en particulier à l'attention des populations les plus éloignées du système de soins, y compris les personnes résidant en établissements sociaux et médico-sociaux ; en soutenant le **développement de soins à domicile en psychiatrie et des autres alternatives à l'hospitalisation, et en réduisant le recours aux hospitalisations** prolongées faute de solutions d'hébergement et de logement adaptées.

Il s'agira également de renforcer les capacités et la continuité des prises en charge en psychiatrie, en donnant la priorité aux territoires les moins dotés et en structurant mieux certaines filières spécialisées.

- **Corriger les inégalités d'accès et de recours aux soins** entre territoires d'Île-de-France, en permettant le renforcement des capacités de prise en charge et des moyens associés prioritairement dans certains départements (notamment Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise) dans le cadre de la mise en œuvre des réformes des autorisations et du financement de la psychiatrie ; en privilégiant ces mêmes territoires dans le cadre des appels à projet nationaux ou régionaux et en accompagnant spécifiquement les professionnels de ces territoires pour faciliter l'émergence des projets ; en prenant en compte les besoins spécifiques liés à l'âge de transition entre l'adolescence et l'âge.
- **Améliorer la réponse aux situations de crise et aux urgences psychiatriques**, selon une approche globale et territorialisée, en adoptant dans chaque territoire en lien avec les projets territoriaux de santé mentale un schéma d'organisation des urgences intégrant la prise en charge de la crise en prévention, le renforcement de l'aller-vers et de

la réponse ambulatoire, ainsi que la possibilité d'une régulation psychiatrique telle que les services d'accès aux soins ; en fluidifiant l'aval des services d'urgence par le renforcement du dispositif régional d'appui à la recherche de lits d'hospitalisation, et par le soutien à l'offre de post-urgence et aux dispositifs de prise en charge ambulatoire rapide et intensive.

- **Améliorer la prise en charge des troubles des conduites alimentaires dans la région**, en organisant, dans le prolongement de la labellisation dans chaque territoire de structures d'évaluation pluri-professionnelle hospitalière spécialisée, une réponse mieux graduée et plus précoce, favorisant la coopération entre les acteurs des différents niveaux de soins, entre services spécialisés et non spécialisés, entre services somatiques et psychiatriques, et facilitant l'orientation selon l'âge et le niveau de sévérité des troubles.
- **Améliorer l'accompagnement de la prise en charge des situations de grande complexité dans la région** autour de l'Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU), des trois unités mobiles interdépartementales (UMI) de la région, et des nouvelles unités renforcées d'accueil de transition (URAT) et petites unités résidentielles médico-sociales pour personnes autistes, par l'appui sanitaire dans l'accompagnement des personnes accueillies dans ces petites unités, pour la continuité des soins et le partage de pratiques et d'expertises entre sanitaire et médico-social ; et par le recours à des outils d'évaluation partagés, permettant de mieux identifier les degrés de complexité et d'encourager l'engagement des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans l'accueil de situations complexes.

Promouvoir le rétablissement et l'autodétermination tout au long du parcours de soins et de vie des personnes concernées par le handicap psychique

- **Diffuser les soins de réhabilitation psychosociale** dans tous les territoires, en assurant la couverture intégrale de la région par les plateformes territoriales dont le déploiement a démarré en 2022, et en accompagnant leur montée en charge dans l'organisation et l'animation du réseau de l'offre existante au plus près des personnes concernées et dans la constitution de l'offre intersectorielle nécessaire à la réalisation des bilans et des soins ; en renforçant le pilotage régional de l'offre pour garantir sa lisibilité, sa qualité et son accessibilité dans la région.
- **Poursuivre la promotion de la médiation pair-aidance en santé mentale**, en soutenant le recrutement, dans les structures aussi bien sanitaires que sociales et médico-sociales, de médiateurs pairs aidants formés, et en examinant l'opportunité de diversifier les modes d'intervention.
- **Étoffer les outils et services à l'attention des familles et des proches** des personnes vivant avec un trouble psychiatrique, en renforçant et en diversifiant l'offre de psycho-éducation à leur attention, en soutenant le déploiement de la pair-aidance familiale et en poursuivant le soutien aux services et associations intervenant auprès des familles, proches et aidants.

En complément des actions de déstigmatisation et des actions détaillées dans les axes 1, 3 et 6 du PRS, cet objectif vise à améliorer l'inclusion sociale, la citoyenneté et le respect des droits des personnes, par :

- **le soutien à l'entraide mutuelle**, via une consolidation des moyens accordés, une animation régionale renforcée et un meilleur maillage territorial des groupes d'entraide mutuelle et des collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle ;
- **la réduction du recours aux soins sans consentement**, par une politique renforcée de réponse à la crise et de prise en charge des urgences psychiatriques ; par la mise en place d'un plan régional d'accompagnement des professionnels et services engagés dans cette démarche et un suivi régional rapproché des recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Ces objectifs s'inscrivent dans le prolongement des conclusions des **Assises de la santé mentale et des moyens associés.** Le projet régional vise également à intégrer les objectifs de la **prochaine stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement et des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.**

La mise en œuvre des **réformes des autorisations et du financement de la psychiatrie, ainsi que du plan de développement médico-social (plan Inclus'IF 2030),** doit permettre de corriger les disparités territoriales au sein de la région, en offre sanitaire et médico-sociale.

La santé mentale fait partie intégrante de la politique régionale de **ressources humaines en santé** (cf. fiches de l'axe 4). En complément, des mesures spécifiques sont envisagées pour améliorer l'attractivité du secteur et soutenir l'évolution des pratiques en psychiatrie : par l'élargissement du contrat d'engagement de service public, à l'attention des futurs et jeunes diplômés, par la promotion des pratiques infirmières avancées

spécifiquement en santé mentale et le renforcement de l'universitarisation en psychiatrie et pédopsychiatrie.

Le déploiement de cette politique doit s'appuyer sur une **animation régionale et territoriale** permettant l'implication des acteurs concernés à tous les niveaux (instances de démocratie en santé, **notamment les conseils territoriaux de santé, les acteurs des Contrats locaux de santé mentale CLSM et projets territoriaux de santé mentale PTSM…). L'inscription systématique de la santé mentale dans les partenariats** noués par l'Agence régionale de santé avec les autres services de l'État, les collectivités et les associations doit permettre de renforcer la lutte contre la stigmatisation et garantir une action sur l'ensemble des déterminants, au-delà du système de soins.

L'innovation, la recherche et l'évaluation (y compris les données de santé) seront mobilisées sur la période dans le cadre des expérimentations dites de l'article 51 ou d'appels à projets dédiés tels que le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, et par le renforcement de l'animation territoriale de la recherche en santé mentale, via notamment les dispositifs territoriaux de recherche et formation.

Améliorer les parcours périnatalité

Diagnostic et enjeux

La natalité en Île-de-France demeure un peu plus dynamique que dans le reste de la France métropolitaine, l'indice conjoncturel de fécondité s'établissant à 1,87 dans la région, contre 1,83 dans l'Hexagone. Celui-ci diminue toutefois depuis quelques années, notamment au centre de la région (Paris, Hauts-de-Seine, Seine-et-Marne). Il progresse à l'inverse dans les autres départements de la grande couronne (Val-d'Oise : 2,25 contre 2,23 ; Essonne : 2,18 contre 2,11). Il reste élevé en Seine-Saint-Denis malgré une légère baisse (2,13 contre 2,34).

L'Île-de-France se caractérise par ailleurs par des indicateurs de santé périnatale et infantile moins favorables que les moyennes nationales (cf. fiches 1.2 et 1.3). Malgré les actions engagées depuis plusieurs années, non seulement les indicateurs de mortalité maternelle, périnatale et infantile restent supérieurs à la moyenne nationale (voir indicateurs ci-après), mais les disparités territoriales continuent aussi de s'aggraver[38].

L'Île-de-France est particulièrement confrontée à des tensions sur les ressources humaines en santé (qui succèdent à la crise sanitaire) qui contribuent à désorganiser fortement le système de santé en ville comme à l'hôpital (maternité, néonatalogie et pédiatrie, psychiatrie périnatale et pédopsychiatrie) et à creuser les disparités territoriales d'offre de soins.

Par ailleurs, la population exprime des attentes fortes autour de la naissance, qui n'est pas une « maladie » : pouvoir accoucher dans des conditions de sécurité optimales respectant la physiologie de l'accouchement et les projets de naissance individuels, notamment. Les professionnels de la périnatalité souhaitent de leur côté avoir des conditions de travail sécurisées et acceptables leur permettant d'assurer la sécurité des soins et la satisfaction des usagers.

Afin de définir des stratégies en santé périnatale cohérentes avec les besoins des populations, il est indispensable de tenir compte des dynamiques populationnelles en termes de démographie, de modes de vie et également de mobilités au sein de la région. À ce titre, certaines populations plus vulnérables cumulent les difficultés et doivent être prises particulièrement en considération : elles vivent dans des territoires caractérisés par une offre

38 Représentation cartographique Geode disponible au lien ci-après : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france

moins importante, sont plus susceptibles d'avoir des parcours discontinus et de complications lors de leurs grossesses. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge à la maternité et les évolutions législatives récentes entraînent une augmentation des besoins en assistance médicale à la procréation (AMP) sur l'ensemble de la région.

Le PRS 2018-2022 avait déjà identifié la périnatalité dans ses priorités et présenté en commission régionale périnatalité (créée en 2018) les constats et actions suivants :

- la baisse de la morbidité maternelle sévère (et la mortalité maternelle) est illustrée par une amélioration de la prise en charge des hémorragies du postpartum (même si l'Île-de-France garde des taux plus élevés que la France hexagonale) ;
- un travail sur la pertinence et les taux de césariennes en Île-de-France a été mené, aboutissant à un partage public des données ;
- un plan régional de santé mentale en périnatalité a été élaboré pour diminuer le taux de suicide maternel. La déclaration et l'analyse des cas est en cours de systématisation, avec l'aide des réseaux de santé en périnatalité pour l'animation des revues de morbi-mortalité ;
- pour mémoire, d'autres mesures structurelles sont présentées dans la fiche 1.2.

Malgré cela, les objectifs de baisse de la mortalité périnatale n'ont pas été atteints et les écarts territoriaux n'ont pas été réduits.

Face à ces constats, l'Agence a de nouveau identifié la périnatalité comme thématique prioritaire de ce PRS, avec comme enjeu de garantir une réponse adaptée aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, afin de poursuivre le travail engagé visant à réduire la mortalité périnatale et infantile. Le volet prévention de ces actions est présentée dans la fiche 1.2 du présent schéma.

NB : Le parcours « interruption volontaire de grossesse » (IVG) est un parcours en périnatalité, mais il est traité dans la fiche thématique sur la santé des femmes (cf. fiche 1.5).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Sécuriser les parcours de santé en périnatalité, notamment pour les plus vulnérables

- **Soutenir l'offre de soins en ville et en établissements de santé**
  - Structurer et renforcer l'offre de soins répondant aux besoins populationnels par l'adaptation de l'offre, et notamment le renforcement des moyens sanitaires, leur attractivité et leur efficience sur les territoires qui cumulent les difficultés ou voient leur démographie augmenter.
  - Accompagner les innovations organisationnelles, qu'il s'agisse d'une amélioration de la coordination régionale ou d'initiatives plus locales en s'appuyant sur les coopérations d'acteurs pour améliorer la qualité, la sécurité, la pertinence, l'accessibilité des soins et permettre au système de santé périnatale d'être résilient. Ces innovations feront l'objet d'un suivi afin d'être évaluées dans l'optique d'identifier et de généraliser de bonnes pratiques.
  - Décliner la stratégie d'attractivité des RH en santé en tenant compte des difficultés spécifiques rencontrées dans le secteur de la périnatalité et de la néonatalogie, des différents types d'exercice (libéral, salarié, PMI, ville, hôpital, mixte), des zones les plus en tensions et des contraintes liées aux soins non programmés (voir propositions développées dans l'axe 4).
  - Garantir la qualité de l'organisation des soins non programmés sur tout le territoire, en favorisant une prise en charge structurée s'appuyant sur l'organisation du bas risque et respectant la gradation des soins selon les besoins (accès au plateau technique adapté au niveau de risque maternel, fœtal et néonatal, sécurisation des transferts in utero…).
  - Renforcer la mise en œuvre du plan régional de santé mentale en périnatalité (généralisation de l'entretien prénatal et post-natal, repérage de la dépression, orientation de la prise en charge par unité de psycho-pathologie périnatale en lien avec la structuration de l'offre de soins en psychiatrie périnatale…).

- **Permettre à toutes les femmes/nouveau-nés de bénéficier d'un parcours de santé adapté à leurs besoins et à leurs attentes**
  - Garantir l'accès à des parcours de santé et de soins en proximité financièrement accessibles : soutenir l'aide à l'inscription, à l'information et au bon suivi des femmes enceintes tout en poursuivant la démarche engagée pour l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des soins dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) tripartites avec les établissements de santé et l'assurance maladie.
  - Déployer des modalités de communication et d'information inclusives sur les parcours de santé en périnatalité, notamment via le déploiement d'initiatives de littératie en santé (cf. fiche 1.2).
  - Favoriser le lien ville-hôpital pour améliorer la pertinence des parcours et la transversalité des prises en charge selon les risques identifiés, en s'appuyant notamment sur les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (les réseaux).
  - Former les acteurs et diffuser les outils permettant d'améliorer la prise en charge des situations médico-psychosociales complexes (identifiant des typologies de vulnérabilité physique, psychique ou sociale), du repérage précoce à la prise en charge adaptée, dans une organisation de soins coordonnée et graduée en limitant les ruptures de parcours et le renoncement aux soins.

Renforcer la capacité d'agir des Franciliennes

- Généraliser la médiation en santé et le recours à l'interprétariat (droit à l'information dans la langue maternelle) en périnatalité, notamment sur les territoires où les indicateurs en santé périnatales et infantiles ont une évolution défavorable (mesure issue du CNR, cf. fiche 1.2).
- Adapter l'offre aux besoins et demandes des usagers (informations préalables sur l'intérêt potentiel de certains actes, consentement éclairés, dialogue sur les projets de naissance, généralisation de l'entretien prénatal précoce et entretien post-natal précoce, prise en compte de l'expérience patient…).
- Soutenir le développement d'une offre de soins garantissant la prise en charge globale des femmes et des nouveau-nés dans le respect de la physiologie et du souhait des usagers.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les moyens et leviers évoqués, qui seront développés dans les feuilles de route à venir, travaillées avec les partenaires, peuvent répondre à plusieurs objectifs stratégiques de cette fiche.

Pour sécuriser les parcours de santé en périnatalité, notamment pour les plus vulnérables

- Conforter le rôle et les missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (réseaux) dans une collaboration régionale et en articulation avec les autres dispositifs de coordination sur les territoires (CPTS, DAC, PCO…), afin de renforcer l'accompagnement des parcours complexes en périnatalité (lorsqu'ils associent notamment précarité, pathologies médicales, situations de violences, etc.).
- Déployer et renforcer, en particulier, les dispositifs de coordination/les innovations qui limitent les ruptures de parcours ou le renoncement aux soins pour répondre aux besoins spécifiques des territoires et populations, et accompagner leur évaluation (unités d'accompagnement personnalisé, accompagnement des sorties de maternité, sage-femme référente parcours, cellule d'aide à l'inscription en maternité, expérimentation article 51 Mam'en forme, par exemple).
- Sur la base de ces expériences, améliorer le repérage précoce des vulnérabilités et l'orientation des femmes et des nouveau-nés en formant les acteurs du soin au repérage et au dépistage des vulnérabilités sociales, psychologiques et médicales, et des situations complexes des femmes enceintes, des mères et des enfants.
- Développer les stratégies visant à améliorer la transversalité des prises en charge et la connaissance des différents acteurs (promotion des formations « regards croisés », développement de revue de cas complexe, notamment à dimension psychosociale, et de protocoles partagés ville-hôpital, généralisation des staffs médico-psychosociaux, augmentation des postes partagés en périnatalité, systématisation des analyses des EIGS ou EI…).
- Promouvoir la qualité et la continuité du parcours pré et post-natal en ville pour les situations à bas risque en s'appuyant sur les « sages-femmes référentes » (rôle récemment défini par l'Assurance maladie dans le cadre des négociations conventionnelles) et les CPTS.

- Systématiser les remontées d'information d'autopsie en cas de décès maternel et infantile, en renforçant notamment l'accès à la fœtopathologie et en diminuant les délais de retour, pour favoriser l'analyse et la revue collective des soignants des causes de mortalité maternelle et périnatale en vue de l'amélioration ultérieure des pratiques.
- Renforcer le déploiement d'outils numériques en santé pour faciliter la coordination des parcours entre la ville et l'hôpital, en promouvant notamment le déploiement du dossier médical partagé et Mon espace santé, et en développant le télé-soin (démographie des professionnels, éloignement domicile…) afin que les soignants prenant en charge les parturientes à différentes étapes de leur parcours de soins puissent avoir accès au dossier de naissance et de suivi.

Pour renforcer la capacité d'agir des Franciliennes

- Soutenir le développement d'une offre physiologique dans ou adossée à chaque maternité (partenariat avec une maison de naissance, ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales, création d'une filière physiologique…) et accompagnement technique.
- Promouvoir et diffuser les pratiques prévues dans la charte du nouveau-né hospitalisé pour accompagner le déploiement d'actions dans l'objectif « zéro séparation » entre le nouveau-né et ses parents.

Prévenir, dépister et structurer les prises en charge de personnes atteintes de cancer

Diagnostic et enjeux

Le cancer demeure la **première cause de mortalité en Île-de-France**, avec 21 000 décès et 54 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. La croissance de la population francilienne (+ 0,4 % par an), l'amélioration de l'espérance de vie, l'augmentation de la durée de vie sous traitements anti-cancéreux conduisent à une hausse des besoins et rend nécessaire l'adaptation des moyens consacrés.

La part des cancers évitables est estimée à 40 %, et des mesures peuvent et doivent être prises contre les principaux facteurs de risque : la consommation de tabac, de loin le premier facteur de risque, puis l'alcool, les pathologies d'origine infectieuse (virus des hépatites, VIH, papillomavirus, Helicobacter Pylori…), puis à poids égal l'inactivité physique et l'obésité/surpoids. La lutte contre les facteurs de risque environnementaux de cancers, y compris cancers professionnels (amiante et UV notamment), est à décliner en lien avec le plan régional santé environnement (PRSE) et le plan régional santé au travail (PRST). **Le dépistage** est par ailleurs un moyen efficace de prévention, alors qu'**une stagnation/diminution de l'adhésion est enregistrée depuis plusieurs années pour toutes les régions.** En Île-de-France, les taux de participation sont parmi les plus bas. Des mesures sont d'ores et déjà engagées en lien avec le Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et l'Assurance maladie suite aux décisions du premier comité stratégique de suivi de la stratégie décennale de lutte contre les cancers annoncées en janvier 2023.

Le **diagnostic et la prise en charge des cancers,** qui nécessitent l'accès à de multiples expertises, relèvent par ailleurs d'un parcours pluridisciplinaire. Le PRS porte donc une attention particulière à ce parcours qui a vocation à être structurant et modélisant et qui fait l'objet d'un soutien national. Il reprendra les priorités et actions principales de **la stratégie décennale 2021-2030 de lutte contre les cancers qui a été déclinée au travers d'une feuille de route régionale,** avec 54 actions prioritaires sur la période 2022-2025.

L'Île-de-France, comme la plupart des régions, est confrontée à des difficultés de **ressources humaines en santé**, avec des conséquences importantes sur la prise en charge telles que la diminution des effectifs dédiés à la coordination, aux dispositifs d'annonce et à d'autres missions clés. Ces

tensions touchent à la fois les personnels paramédicaux, manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM), en imagerie et à fortiori en radiothérapie externe, les IDE en chimiothérapie et l'ensemble du personnel au bloc. Enfin, l'organisation de la cancérologie en Île-de-France est aujourd'hui déséquilibrée, avec une **forte attractivité du centre de la région** (cf. volet « Activités de soins autorisées » du présent schéma).

Ce nouveau PRS veut affirmer la nécessité de changer de paradigme pour prendre le virage préventif en impliquant l'ensemble des acteurs : usagers, professionnels de santé, associations, élus, etc. afin de les mobiliser en faveur de la prévention et des dépistages des cancers. Dans le cadre de la prise en charge des patients, l'accent est mis sur l'accès à l'innovation et l'accompagnement tout au long du parcours jusqu'à la fin de vie.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Diminuer la part des cancers évitables en améliorant la prévention et la prise en compte des principaux facteurs de risque**
  - En particulier, diminuer la prévalence du tabagisme, notamment chez les femmes, les AJA (adolescents et jeunes adultes) et les travailleurs du secteur primaire de l'emploi.
  - Décliner le plan alcool à sa publication.
  - Diminuer le nombre et/ou les conséquences des infections à l'origine de cancers.
  - Favoriser l'activité physique et une alimentation de qualité en prévention primaire, secondaire et tertiaire.
  - Mieux faire connaître les facteurs de risques environnementaux et les moyens de lutte, y compris concernant les expositions professionnelles (voir recommandations préconisées pour l'élaboration du PRSE 4).
- **Dépister davantage**
  - Augmenter la participation aux dépistages organisés existants, avec une attention renforcée sur le dépistage organisé du cancer colorectal particulièrement performant. Pour ce dernier, il est visé 100 000 dépistages de plus d'ici 2025.
  - Expérimenter de nouvelles modalités de dépistage et de nouveaux dépistages selon les avis de la HAS (cancer du poumon, par exemple).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Cet objectif, qui vise l'amélioration des taux de participation aux dépistages organisés des cancers, **est porté conjointement avec l'Assurance maladie** qui, en 2024, sera chargée de simplifier et renforcer l'efficacité du modèle de gestion des invitations et relances à la population, l'ARS étant de son côté attendue sur la coordination des actions d'« aller-vers ».

- **Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge**
  - Consolider le dispositif qualité dans les établissements de santé et mettre en œuvre les évolutions du dispositif d'autorisation d'activité (notamment la gradation des soins).
  - Développer et renforcer l'accès à des diagnostics rapides et de qualité.
  - Améliorer l'accès aux tests génomiques et réduire les délais d'accès à la consultation d'oncogénétique.
  - Faciliter, sécuriser et coordonner les parcours en décloisonnant la prise en charge à travers le développement de l'offre et du suivi en ville, notamment pour l'accès aux soins palliatifs.
  - Accompagner le patient tout au long de sa prise en charge afin de limiter les séquelles, les risques de récidives et de rechute et améliorer sa qualité de vie en renforçant l'accès aux soins de support. Développer l'accès à domicile des soins palliatifs et favoriser l'accès plus précoce à la démarche palliative.
- **S'assurer que les progrès bénéficient à tous**
  - Permettre aux publics vulnérables d'accéder à la prévention et de bénéficier des différents dispositifs, et renforcer l'action publique auprès des catégories sociales moins favorisées.
  - Garantir l'accès à l'innovation et à la recherche et accompagner l'usage du numérique.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **Renforcer la prévention**

  L'action sur les déterminants de santé (addictions, lutte contre les agents infectieux, lutte contre le surpoids/obésité et la sédentarité) est développée au sein des axes 1 et 6. Notamment :

  – la poursuite et l'extension du dispositif « Mois sans tabac » et « Lieux de santé sans tabac » (parution imminente du Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2028), la déclinaison régionale du plan alcool annoncé dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers ;

  – les dispositifs de protection contre les infections (préservatifs, matériels d'injection) ;

  – les vaccinations VHB et HPV, dont l'instauration de la vaccination anti-HPV en collège à partir de la rentrée scolaire 2023-2024 conformément à l'annonce présidentielle de février 2023 (voire fiche action 1.8), le dépistage par l'utilisation de TROD et traitements consécutifs (voir axe 1 « Santé sexuelle et vaccination ») ;

  – les programmes d'éducation thérapeutique du patient incluant les soins de support, dont la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée (prévention secondaire et tertiaire).

- **Lutter contre les facteurs de risques environnementaux et intégrer les enjeux de santé environnement dans les politiques publiques d'aménagement et de logement**

  – En lien avec le PRSE 4 et la feuille de route Île-de-France 2022-2025 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, ainsi qu'avec les fiches de l'axe 6.

- **Faciliter l'accès aux dépistages organisés (objectif partagé avec l'Assurance maladie, et sous réserve des instructions nationales attendues pour 2024)**

  – Multiplier les points d'entrée, rechercher des partenariats auprès des structures de soins comme prescripteurs de dépistages indépendamment des lettres d'invitation.

  – Expérimenter les hubs dépistages.

  – Aider à la commande en ligne des tests de dépistage.

  – Former/intégrer des nouveaux acteurs du dépistage (travailleurs sociaux et intervenants communautaires), développer les collaborations avec les foyers de travailleurs migrants, les associations (Emmaüs, Les Restos du Cœur, Secours populaire, etc.) ainsi qu'avec les municipalités.

  – Créer des filières d'accès privilégié vers les centres de soins après un dépistage positif, notamment en ce qui concerne l'accès à l'endoscopie digestive.

- **Développer et renforcer l'accès à des diagnostics rapides et de qualité en favorisant les organisations en circuit court**

  – Identifier les différentes modalités d'organisation dans l'objectif de proposer des recommandations d'organisation d'accès au diagnostic en circuit court et à des examens de diagnostic (exemple de l'endoscopie digestive).

- **Faciliter, sécuriser et coordonner les parcours en décloisonnant la prise en charge à travers le développement de l'offre et du suivi des patients en ville**

  – Outiller le parcours des patients sous thérapie et former les professionnels de santé s'impliquant dans le suivi des thérapies orales (par exemple, projet Onco'Link, article 51).

  – Expérimenter des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ville et engager une démarche qualité autour des programmes ETP.

  – Accompagner les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dans la coordination des parcours complexes en cancérologie, notamment en ce qui concerne le parcours post-cancer, et définir les synergies avec les 3C et ONCORIF.

  – Renforcer une organisation facilitant l'accès à l'HAD des patients éligibles, notamment pour la chimiothérapie et l'accompagnement en soins palliatifs.

  – Mettre en place des coopérations entre les établissements de santé courts séjours et SMR d'oncologie et d'onco-hématologie et la médecine de ville.

  – Accompagner le déploiement du dossier communiquant de cancérologie (DCC).

- **Limiter les séquelles, améliorer la qualité de vie et anticiper la démarche palliative**

  – Évaluer les fragilités et améliorer la surveillance sous traitement, en structurant l'offre de soins de support dans les établissements de

santé pendant la phase active du traitement et pendant la période d'après cancer.

– Déployer les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) onco-palliatives, et renforcer l'accès aux consultations et à l'HDJ soins palliatifs dans les établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer.

– Faciliter l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs, intégrer les soins palliatifs à la formation initiale en oncologie et encourager la formation continue des oncologues sur cette thématique (cf. fiche 2.10).

- **Garantir l'accès à la recherche et à l'innovation**

  – Accompagner et financer le développement numérique des laboratoires d'anatomocytopathologie franciliens et favoriser le partage des données dans le cadre de projets de recherche.

  – Déployer l'annuaire des essais cliniques en cancérologie en Île-de-France.

  – Accompagner la mise en œuvre et le passage à l'échelle d'expérimentations de modes de financement favorisant la qualité des parcours cancer (exemple : article 51).

  – Soutenir des projets innovants, à travers des appels à projets impulsés par l'ARS Île-de-France et ses partenaires, permettant d'identifier les initiatives, acteurs et pratiques innovantes et d'accompagner la mise en place de « pilotes ».

- **Prendre en compte les spécificités des publics**

  – Finaliser la mise en place de la cellule régionale des adolescents et jeunes adultes (AJA) et améliorer le repérage des AJA et la visibilité du réseau de prise en charge.

  – Identifier l'offre oncogériatrique sur le territoire et assurer la coopération entre les différents acteurs.

  – Améliorer le repérage des fragilités des personnes âgées cancéreuses, y compris en Ehpad.

  – Développer les activités d'oncogénétique et de pharmacogénétique.

  – Renforcer les activités du suivi post-cancer chez l'enfant et l'adulte.

  – Mieux faire connaître les dépistages organisés au public PH et aux professionnels des ESMS et utiliser le levier de la démarche Handigynéco.

Assurer la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie dans tous les territoires

Diagnostic et enjeux

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés à tout stade de la maladie. Les données de mortalité permettent seulement d'estimer les besoins en fin de vie. **Entre 61 % et 79 % des Franciliens décédés auraient eu besoin de soins palliatifs.** Parmi eux, 43 % ont bénéficié de soins palliatifs hospitaliers à l'hôpital et à domicile (privé ou en établissements médico-sociaux) via l'hospitalisation à domicile (HAD) ; **75 % sont décédés à l'hôpital (données ORS de février 2023).** En France, concernant les enfants entre 0 et 18 ans, 75 % des décès arrivent avant l'âge de 1 an et sont en rapport avec une affection périnatale, malformative ou chromosomique ; 25 % des décès surviennent après l'âge de 1 an et ont pour causes principales les accidents et le cancer (chiffres de 2017 du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), Inserm). Les essais contrôlés randomisés ont montré un bénéfice à la prise en charge précoce par des soins palliatifs en cancérologie.

Les enquêtes réalisées indiquent que la majorité des personnes souhaitent mourir à domicile. Cependant, les professionnels de santé observent que cette demande ne peut pas systématiquement se réaliser, les conditions matérielles et psychosociales pouvant requérir une hospitalisation. Le développement de l'offre en soins palliatifs en ville et à domicile demeure toutefois un enjeu pour la région.

Dans le cadre du **cinquième plan national pour les soins palliatifs et la fin de vie,** les principaux enjeux sont les suivants : assurer un égal accès aux soins palliatifs en établissements comme à domicile sur l'ensemble de la région, asseoir le bon fonctionnement et les articulations entre les structures et dispositifs existants (hospitalier ou de ville), proposer des offres expérimentales et/ou innovantes pour répondre à l'ensemble des besoins

en soins palliatifs, y compris pour les populations les plus vulnérables ou précaires, développer la collaboration avec les associations de bénévoles et les aidants. L'acculturation des professionnels de santé est également un enjeu majeur pour l'anticipation des prises en charge et la mise en place des soins palliatifs précoces. Leur mise en œuvre devra tenir compte de la démographie contrainte des professionnels de santé de soins palliatifs en Île-de-France.

Des débats au niveau national qui pourraient entraîner des évolutions de la loi Claeys-Léonetti sont en cours au moment de la publication de ce PRS. Ces évolutions législatives à venir sont susceptibles de faire évoluer le plan d'actions prévu dans la présente fiche.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Mener une politique volontariste de soutien des professionnels de soins palliatifs et favoriser l'acculturation de l'ensemble des professionnels et des patients à la prise en charge et à l'anticipation de la fin de vie.
- Consolider et identifier une offre de soins palliatifs graduée à l'hôpital et en ville, améliorer le taux de couverture dans les territoires afin de réduire les inégalités territoriales de l'offre.
- Développer et améliorer la prise en charge palliative en structure médico-sociale.
- Améliorer l'articulation ville-hôpital en mettant en avant les articulations vertueuses, notamment pour la prise en charge des derniers jours de la phase terminale et en s'appuyant notamment sur les structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et dispositifs d'appui à la coordination (DAC)).
- Mettre en place une offre de soins pour la prise en charge des soins palliatifs longs.
- Développer des programmes de soutien aux aidants.
- Améliorer la prise en charge précoce en soins palliatifs des patients qui le nécessitent et tendre à mieux l'intégrer à leur parcours de soins.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Mener une politique volontariste en soutien des professionnels et favoriser l'acculturation de l'ensemble des professionnels et des patients à la prise en charge et à l'anticipation de la fin de vie

- Élaborer des programmes de sensibilisation en **formation continue** à la démarche palliative en accord avec les directions et les présidents de commission médicale d'établissement (CME) pour l'ensemble des services de tous les établissements de santé MCO, SMR et ESMS, avec un point d'attention pour les services de gériatrie, neurologie et oncologie.
- Proposer des **stages mixtes** aux internes de médecine générale et de gériatrie lors de leur formation initiale, permettant de valider leur spécialité tout en développant des connaissances de soins palliatifs.
- Augmenter le **nombre d'heures d'enseignement** en soins palliatifs dans les études paramédicales.
- Favoriser les **postes de PH partagés** en soins palliatifs.
- Mettre en place le **protocole de coopération** national « Prise en charge de patients requérant des soins palliatifs par des infirmiers experts en soins palliatifs en coopération avec les médecins » et équiper les IDE qui en bénéficient d'un outil de **téléconsultation**.
- Soutenir la formation des **bénévoles en soins palliatifs**.
- Outiller les professionnels des ES et ESMS pour développer la culture de l'anticipation.
- Prendre appui sur les outils et créer les conditions permettant aux patients de **s'approprier leurs droits** (désignation de la personne de confiance, directives anticipées, advance care planning, dispositions de la loi Claeys-Léonetti) et d'exprimer leur consentement libre et éclairé. Comme indiqué dans la loi du 4 mars 2002, le patient est acteur principal de sa santé, il peut exprimer son refus de traitement au médecin.
- Organiser la venue des **bénévoles en soins palliatifs au domicile des patients et en ESMS** comme en établissements de santé (MCO, SMR…), notamment ceux disposant d'une unité de soins palliatifs (USP) ou de lits identifiés soins palliatifs (LISP).

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- Acculturer aux soins palliatifs les médecins cancérologues avec la mise en place de **RCP onco-palliatives systématiques**.

Consolider une offre de soins palliatifs graduée à l'hôpital et en ville et renforcer l'offre de ville

- Consolider l'animation régionale en soins palliatifs par la **cellule dédiée, la Coordination régionale des soins palliatifs d'Île-de-France (Corpalif)** (réaffirmation des missions et soutien financier de l'association, organisation de réunions territoriales associant l'ensemble des acteurs sous l'égide de la Corpalif).
- Élaborer un **diagnostic territorial** par territoire de coordination (22 en Île-de-France) sous l'égide de la cellule d'animation régionale des soins palliatifs, la Corpalif, concernant les besoins en soins palliatifs et les professionnels susceptibles de prendre en charge ces besoins selon les phases de la maladie. Cette organisation se fera en lien étroit avec les structures d'exercice coordonné, les DAC, les CPTS et les établissements de santé.
- Cette **gradation** vise à permettre, selon la singularité de chaque patient, une certaine souplesse dans la prise en charge en tenant compte de la disponibilité des ressources du territoire, en veillant à ne pas cumuler l'ensemble des moyens chez un même patient. Les territoires disposant de moindres ressources en soins palliatifs seront à privilégier dans l'offre de formation.
- Rédiger un **projet territorial de soins palliatifs** selon les trois niveaux de gradation de soins (instruction du 21 juin 2023) à l'hôpital comme en ville, avec un échéancier de déploiement effectif. En ville, il précisera l'organisation et l'articulation entre acteurs, par exemple via l'identification d'une équipe mobile de soins palliatifs territoriale (EMSPT) pouvant assurer des soins et prescrire en cas d'indisponibilité du médecin traitant, pour éviter toute rupture dans la continuité de la prise en charge. Il devra clarifier les rôles respectifs et les complémentarités entre EMSPT, DAC et hospitalisation à domicile (HAD), afin de renforcer les complémentarités. Les professionnels de santé du premier recours seront systématiquement associés à l'élaboration et au fonctionnement du projet territorial de santé. La mise en place des EMSPT sera privilégiée sur les territoires les plus déficitaires en offre de soins palliatifs. Ce projet visera à assurer une égalité d'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble de la région et veiller à intégrer les nouveaux services d'aide à domicile.
- Faire figurer les projets de soins palliatifs des établissements dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), notamment ceux ayant une autorisation d'activité en cancérologie.

- Poursuivre le juste positionnement et le développement de **l'HAD** dans la filière en articulation avec les équipes libérales en place.
- Réorganiser des **astreintes de soins palliatifs expertes** de niveau 2 en accord avec l'instruction ministérielle de février 2022.
- **Augmenter le nombre d'hôpitaux de jour et de consultations** pour des patients relevant de soins palliatifs ; les établissements disposant d'une USP et d'une EMSP pourront développer des hôpitaux de jour dédiés de médecine palliative.
- Rouvrir une USP dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines Nord, mettre en place une USP dans le nord de la Seine-et-Marne et l'est du Val-d'Oise et implanter une nouvelle USP en Seine-Saint-Denis.
- Conforter l'équipe ressource régionale en **soins palliatifs pédiatriques** (ERRSPP Île-de-France – Paliped).

Développer et améliorer la prise en charge palliative en structure médico-sociale

- Déployer une **acculturation des professionnels** aux soins palliatifs en organisant des sensibilisations/formations ou des groupes d'analyses de pratiques.
- Organiser, en cas de situations complexes, **le recours à des avis spécialisés** experts en soins palliatifs pour les médecins gériatres dans les Ehpad dans le cadre des filières gériatriques.
- Vérifier l'effectivité des **partenariats des établissements médico-sociaux avec les acteurs des soins palliatifs** (EMSP et/ou HAD et/ou DAC) et du déploiement de formations à l'attention des professionnels dans ce cadre, ainsi que des concertations pluridisciplinaires et des analyses de pratiques.
- Veiller à la complémentarité et à la clarification de la **répartition des missions** entre équipes mobiles gériatriques, équipes mobiles palliatives et HAD. Accompagner leur acculturation réciproque.
- Déployer le **volet de synthèse médicale** adapté à la prise en charge des personnes âgées comme outil d'aide à l'anticipation et de facilitation des transmissions entre les établissements médico-sociaux, et/ou le domicile et/ou les services hospitaliers. Y associer le déploiement de la « fiche Urgence Pallia », le cas échéant inciter au développement des évaluations anticipées en Ehpad par l'HAD et au développement de l'HAD en général.

- **Renforcer** en personnels l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (**ERRSPP**) pour qu'elle puisse augmenter ses interventions en secteur médico-social pédiatrique.
- S'assurer, dans le cadre du projet territorial de soins palliatifs, de l'accès à une expertise de soins palliatifs pour les structures accueillant des **personnes en situation de handicap.**

Améliorer l'articulation ville-hôpital

- Réaffirmer le rôle et la place des professionnels de soins primaires en les soutenant, notamment via le développement, par exemple, de **téléconsultations** de suivi en soins palliatifs au domicile.
- Rendre lisible l'offre de soins palliatifs via l'implémentation de l'offre de soins palliatifs dans le Répertoire opérationnel des ressources **(ROR)**.
- Faciliter l'utilisation de **ViaTrajectoire** pour l'orientation des patients en USP. Prévoir dans toutes les USP des **lits d'urgence** réservés donnant la possibilité à l'équipe soignante de ville, en accord avec la famille, d'adresser le patient à l'hôpital pour les derniers moments, avec demande de pré-admission dans la mesure du possible.
- Utiliser en cours d'hospitalisation des **outils permettant d'évaluer le statut** palliatif du patient, qui, après lui avoir été partagé ainsi qu'à ses proches, pourra faire l'objet dans le compte-rendu de sortie d'un niveau d'engagement de soins (ou projet de soins « raisonnable »).
- Fixer des objectifs de taux de recours à **l'HAD dans les CPOM** des établissements de santé, notamment pour les soins palliatifs.
- Fixer des indicateurs permettant de mesurer la progression des files actives de patients pris en charge en soins palliatifs sur les territoires, surtout les plus défavorisés.

Mettre en place une offre de soins pour la prise en charge des soins palliatifs longs

- Développer une offre de SMR soins palliatifs pour répondre aux **besoins de moyen séjour** selon la nouvelle réglementation.
- Réfléchir à une offre expérimentale et innovante pour **patient neuro-logique** – type SLA – dans le cadre de la feuille de route maladies neuro-dégénératives (cf. fiche 2.16).

Développer des programmes de soutien aux aidants

- Définir le **statut juridique d'une offre d'hébergement de répit** pouvant accueillir patients/aidants.
- Permettre des **séjours de répit** en SMR pour les familles de patients atteints de maladies neurologiques/neuro-dégénératives.
- Mettre en place des programmes **d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les aidants.**
- Développer des **programmes de prise en charge du deuil** permettant, notamment, la prévention des suicides.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité

Diagnostic et enjeux

L'obésité, reconnue **maladie chronique** par l'OMS, est devenue un enjeu majeur de santé publique, du fait de sa forte prévalence, de ses nombreuses complications et de son rôle dans la survenue d'autres maladies chroniques.

Contexte épidémiologique

En Île-de-France, **la prévalence chez les adultes est de 14,2 %, ce qui représente environ 1,3 million de personnes** en situation d'obésité en 2020. Chez les **enfants**, les données des dernières enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (2014-2015) pilotées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)[39] montrent que **5 % des élèves franciliens** de la grande section de maternelle (environ 6 ans) comme des enfants de CM2 (environ 10 ans) sont en situation d'obésité. En 2017[40], **5,2 % des adolescents** franciliens scolarisés en classe de troisième étaient en situation d'obésité (5,4 % des filles *versus* 4,7 % des garçons).

Les autres faits marquants relatifs à l'obésité concernent l'existence d'un **gradient social marqué** associé à des **inégalités territoriales** et infra-territoriales[41], ainsi qu'une **stigmatisation** importante à l'égard des personnes en situation d'obésité générant des difficultés, tant sur le plan scolaire ou professionnel que sur le plan social et de la santé mentale, mais aussi sur le recours aux soins[42]. De plus, bien qu'il manque des données pour en objectiver la persistance dans la durée, la pandémie de **Covid-19 a entraîné des changements défavorables** dans les habitudes de consommation alimentaire et d'activité physique.

39 Études et résultats n° 993, Drees – février 2017.

40 Études et Résultats n° 283, Drees – février 2004.

41 ORS Île-de-France. *La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027.* Février 2023.

42 HAS, *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte*, Janvier 2023.

Offre de prise en charge francilienne de l'obésité

La prise en charge de l'obésité en Île-de-France s'appuie sur une **pluralité d'intervenants** : des acteurs de premier recours (autour du médecin généraliste), des professionnels et structures de deuxième recours en ville ou à l'hôpital (en lien avec un médecin endocrinologue nutritionniste et/ou un chirurgien bariatrique), des réseaux spécifiques de l'obésité infantile (RéPPOP IDF (Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique)) ou adulte (Romdes), ainsi que les centres spécialisés de l'obésité (CSO). Interviennent également dans la prise en charge les acteurs du médico-social, du social et du tissu associatif, ainsi que des structures d'expertise ou d'appui spécifiques telles que les centres de référence maladies rares (CRMR) en lien avec l'obésité.

Les CSO franciliens, au nombre de quatre (CSO Centre, CSO Sud, CSO Nord, CSO Ouest), constituent le recours de niveau 3 pour assurer la prise en charge, le suivi et leur coordination tant sur le plan médical et chirurgical que pédiatrique. Ils prennent en charge l'obésité sévère et complexe, apportent leur expertise de troisième recours et co-animent la filière de soins sur les territoires.

Trois expérimentations « article 51 » sont en cours en Île-de-France autour de la prise en charge de l'obésité et de la chirurgie bariatrique. La thématique représente un tiers des expérimentations au niveau national et un tiers de celles relatives aux maladies chroniques en Île-de-France. Ces expérimentations pourraient faire l'objet d'une généralisation à l'issue de leur évaluation, à l'instar du dispositif « Mission : retrouve ton cap » (MRTC).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Stabiliser la prévalence** de l'obésité en général, et notamment l'obésité morbide chez l'adulte et chez l'enfant, en renforçant la prévention de l'obésité (cf. fiche 6.7).
- Améliorer et faciliter l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique (**ETP** de proximité, e-ETP) sur les territoires prioritaires.
- **Limiter l'évolution de l'obésité vers des formes plus sévères** et/ou compliquées en favorisant un repérage, un adressage et une prise en charge le plus précocement possible.
- **Améliorer et structurer la prise en charge** de l'obésité en rendant lisible l'offre sur les territoires et en proposant une offre graduée de soins en niveau 1, 2 et 3 conformément aux recommandations HAS,

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

cela pour les adultes, les adolescents, les enfants et les populations vulnérables et en conformité avec les attentes et besoins des patients (patients experts, coordinateurs de parcours…).

- **Sécuriser le parcours médico-chirurgical** autour de l'acte de chirurgie bariatrique.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Stabiliser la prévalence de l'obésité en général, et notamment l'obésité morbide chez l'adulte et chez l'enfant, en renforçant la prévention de l'obésité

Cet objectif passe par une stratégie globale de promotion de la santé avec une attention particulière portée aux groupes sociaux plus exposés, selon les principes de l'universalisme proportionné.

Les approches en termes de nutrition et d'activité physique sont traitées dans les **fiches 6.6 et 6.7** du présent schéma. Ici, il est proposé de faciliter les passerelles entre les acteurs de la prévention en nutrition (sport-santé et nutrition) de ville et les acteurs de la prise en charge, notamment en développant les partenariats entre la filière obésité et les dispositifs existants sur les territoires (maisons sport-santé, ambassadeurs santé nutrition, coopératives d'acteurs, Contrats locaux de santé (CLS)…).

Améliorer et faciliter l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique (ETP de proximité, e-ETP)

- Réaliser un état des lieux des programmes ETP sur le champ de l'obésité autorisés et financés par l'ARS grâce à l'outil de cartographie des programmes en cours d'élaboration.
- Favoriser le déploiement de programmes d'ETP aux trois niveaux de prise en charge (médicale, chirurgicale et infantile), notamment en proximité (structures d'exercice collectif) et dans les quartiers défavorisés.
- Étudier l'ensemble des leviers pour soutenir ces programmes (appui méthodologique, financement…).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Limiter l'évolution de l'obésité vers des formes plus sévères et/ou compliquées grâce à un repérage et un adressage les plus précoces possibles en s'appuyant sur les CSO et les dispositifs régionaux spécialisés dans l'obésité (RéPPOP et Romdes)

- Favoriser la **diffusion des bonnes pratiques** à tous les niveaux de recours dans le cadre des nouvelles recommandations de la HAS (adultes, enfants, chirurgie bariatrique et métabolique).
- Poursuivre et **renforcer la formation et la sensibilisation des professionnels** de niveau de recours 1 et 2 à la prévention ciblée et à la prise en charge coordonnée, multidimensionnelle et pluridisciplinaire de l'obésité, notamment sur la posture et les représentations via les acteurs constitutifs de la filière obésité.
- S'assurer de l'information et de la **sensibilisation les acteurs du secteur médico-social, social et associatif.**

Améliorer et structurer la prise en charge de l'obésité en s'appuyant sur les CSO et les dispositifs régionaux spécialisés dans l'obésité (RéPPOP et Romdes)

- **Identifier les ressources :** structures, acteurs médicaux, du médico-social, associations de patients, programmes sur le champ de l'obésité autorisés et/ou financés par l'ARS.
- Structurer la prise en charge de premier recours et donner les **outils** et moyens aux professionnels pour permettre un **repérage et un adressage** adapté et précoce.
- **Identifier la prise en charge de deuxième recours** (spécialistes de ville et hospitaliers, SMR de niveau 2).
- **Consolider la prise en charge de troisième recours** au sein des CSO (labellisation ou renouvellement de la labellisation des centres spécialisés de l'obésité) et labelliser quatre centres SMR experts dans la prise en charge de l'obésité complexe.
- Mettre en place la **filière obésité au niveau régional et territorial,** y compris son animation, l'articulation des niveaux 1, 2 et 3 de prise en charge adulte, chirurgicale et pédiatrique et le renforcement de la place des associations de patients et des patients experts / partenaires / ressources.
- Développer des **parcours spécifiques** (grossesse, infertilité, troubles du comportement alimentaire, obésités rares, handicap, psychiatrie, précarité, vieillissement, transition, accès à la greffe…).

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- Organiser et accompagner la mise en œuvre régionale des expérimentations au titre de **l'article 51** du parcours obésité et, le cas échéant, faciliter leur généralisation et anticiper leur articulation avec les dispositifs existants, à l'instar du programme « Mission : retrouve ton cap » (MRTC).

Sécuriser le parcours médico-chirurgical autour de l'acte de chirurgie bariatrique

- Mettre en œuvre la **réforme des autorisations** établissant, notamment, un seuil d'activité pour la **chirurgie bariatrique,** en s'assurant de la capacité des candidats à :
  - respecter les nouvelles conditions techniques de fonctionnement réglementaires imposées par la réforme des autorisations (notamment s'agissant des ressources humaines et de l'accès à la réanimation, à l'endoscopie interventionnelle, à un scanner adapté 24 h/24) ;
  - mettre en œuvre un parcours de prise en charge médico-chirurgical pluridisciplinaire et personnalisé autour de l'acte de chirurgie bariatrique, conformément aux recommandations de la HAS ;
  - s'assurer de la pertinence de l'indication de l'acte chirurgical en conditionnant la chirurgie bariatrique pour chaque patient à l'avis d'une concertation pluridisciplinaire ;
  - proposer une alternative thérapeutique en cas d'inéligibilité à la chirurgie bariatrique ou en amont de l'inclusion dans le parcours médico-chirurgical en cas d'absence de prise en charge médicale de six mois bien conduite ;
  - garantir un suivi post-opératoire à court, moyen et long terme.

Seront également à prendre en compte dans les prochaines années les **évolutions thérapeutiques,** en particulier le développement de la chirurgie métabolique (pour certains patients atteints de diabète de type 2) et l'autorisation prochaine de molécules thérapeutiques pour le traitement de l'obésité, aujourd'hui autorisées en accès précoce par la HAS pour les situations d'obésité adulte morbide.

Améliorer la prévention et la prise en charge du diabète de type 2

Diagnostic et enjeux

Le diabète est une pathologie chronique présentant un enjeu de santé publique en raison de sa fréquence et de ses complications. Il existe deux principaux types de diabète : le diabète dit « de type 1 » (DT1), survenant essentiellement chez l'enfant ou le jeune adulte, et le diabète dit « de type 2 » (DT2), correspondant à la forme la plus fréquente (plus de 90 %) et survenant chez l'adulte en général à partir de 45 ans.

Contexte épidémiologique

En France, en 2020, plus de 4 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour un diabète (96 % en affection de longue durée). Le diabète de **type 2 est principalement lié aux modes de vie** (manque d'activité physique, sédentarité, surpoids, obésité). Sa **prévalence augmente avec l'âge** en raison, notamment, du vieillissement de la population (31 % des personnes atteintes de DT2 sont âgées de plus de 75 ans).

L'Île-de-France est la troisième région métropolitaine la plus concernée après les Hauts-de-France et le Grand-Est, avec environ **660 000 Franciliens** traités pour un diabète et une **prévalence de 5,5 %** (*versus* 5,3 % France entière). Le diabète de type 2 est une pathologie **très marquée par les inégalités socio-territoriales.** L'incidence et la prévalence sont plus importantes dans les populations en situation de vulnérabilité sociale, de même que les complications sont plus fréquentes et plus graves dans ces populations. Il s'agit d'une pathologie pour laquelle les contrastes socio-territoriaux sont majeurs. Certains départements sont plus particulièrement touchés (Seine-Saint-Denis (8,1 %), Val-d'Oise (6,7 %), Seine-et-Marne (5,9 %) et Val-de-Marne (5,6 %)).

Offre de prise en charge

La prise en charge des patients diabétiques de type 2 implique de **nombreux intervenants** (médecin traitant, endocrinologue, ophtalmologue, cardiologue, dentiste, podologue, infirmière, infirmière Asalée, laboratoire d'analyses, pharmacien, etc.) et repose essentiellement sur la ville. Le suivi est en effet principalement réalisé par les médecins généralistes (80 %).

Le risque de complications implique un suivi rigoureux. En Île-de-France en 2021, les données disponibles montrent qu'une **marge d'amélioration conséquente est possible en termes de suivi** d'analyses biologiques et de consultations de spécialistes recommandées (cardiologue, ophtalmologue, dentiste, podologue).

Par ailleurs, ce suivi **demande une coordination du parcours** en ville et entre la ville et l'hôpital, notamment lorsqu'il existe des complications. Parmi les indicateurs macro de coordination, le taux d'hospitalisation potentiellement évitable (hospitalisation justifiée mais évitable par une meilleure coordination en ville ou ville-hôpital en amont de l'hospitalisation) est un indicateur disponible sur le site de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) pour le diabète (complications à court terme). **Le taux en Île-de-France est plus élevé que ceux des autres régions du territoire métropolitain.**

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Renforcer l'animation régionale de la feuille de route diabète.
- Renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque de diabète.
- Favoriser le repérage, l'adressage et une prise en charge le plus précocement possible.
- Offrir une réponse en matière d'accompagnement des patients diabétiques pour une meilleure adhésion au suivi.
- Améliorer le suivi des patients diagnostiqués et réduire les complications.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Renforcer l'animation régionale de la feuille de route diabète

- **Élargir le comité de pilotage** à l'ensemble des acteurs ayant un impact sur les déterminants de santé et facteurs de risque, en particulier les collectivités territoriales.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- **Améliorer le diagnostic territorial** en cartographiant, notamment, les données récentes de prévalence et d'incidence du DT2 avec les données de prise en charge et de suivi et les données sociales.
- **Renforcer l'action des acteurs de premiers recours** impliqués dans l'amélioration de l'adhésion des patients au suivi, en lien notamment avec l'Assurance maladie.

Renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque de diabète.

- **Informer la population** sur la problématique du diabète.
- **Favoriser l'adoption de comportements bénéfiques** pour la santé, en particulier dans le domaine de l'alimentation, du sport santé et de la lutte contre la sédentarité (cf. fiches 6.6 et 6.7).
- Développer des **actions ciblées d'« aller-vers »** sur les territoires prioritaires et auprès des populations éloignées du système de santé.

Favoriser le repérage, l'adressage et la prise en charge le plus précocement possible, notamment à destination des sujets identifiés à risque (femmes enceintes, personnes âgées, handicapées, polypathologiques, en situation de précarité), en s'appuyant notamment sur la structure d'expertise et de ressources Diabète Île-de-France

- Favoriser les actions de **dépistage précoce en ville et dans les structures sociales et médico-sociales.**
- Renforcer l'accès au dépistage, dans les **territoires prioritaires**, des populations identifiées à risque et éloignées du système de santé, en lien notamment avec les Contrats locaux de santé.
- S'assurer de l'information et de la **sensibilisation des acteurs du secteur médico-social, social et associatif,** notamment sur les personnes à risque.

Offrir une réponse en matière d'accompagnement des patients diabétiques pour une meilleure adhésion au suivi

- Réaliser un état des lieux et une **cartographie des programmes d'éducation thérapeutique** du patient sur le champ du diabète autorisés et/ou financés par l'ARS.
- Favoriser le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), notamment en proximité (structures d'exercice collectif, e-ETP).

- S'appuyer, selon le besoin, sur **la structure d'expertise et de ressources Diabète Île-de-France** pour offrir un accès à un programme d'ETP sur les territoires prioritaires.
- Encourager les **parcours inter-ETP** s'appuyant sur les besoins des patients (programmes pluri-pathologies, programmes modulaires).
- Inciter les patients à s'inscrire au **programme Sophia,** en articulation avec les programmes d'ETP et par une action coordonnée avec l'Assurance maladie auprès des médecins généralistes et des infirmières, notamment Asalée.

Améliorer le suivi des patients diagnostiqués et réduire les complications

- Favoriser, en s'appuyant entre autres sur la structure d'expertise et de ressources Diabète Île-de-France, la **diffusion des bonnes pratiques,** dans le cadre notamment des nouvelles recommandations de la HAS, ainsi que les innovations thérapeutiques (élaboration d'outils, formations).
- Encourager les parcours de **prise en charge pluridisciplinaires et coordonnés** (nouveaux métiers (IPA), coopérations interprofessionnelles, outil permettant de connaître la situation du patient quant à son suivi).
- **Renforcer le lien ville-hôpital** (éviter les urgences et les hospitalisations évitables) pour une meilleure coordination des parcours en :
  - accompagnant le déploiement des infirmières de coordination diabète mises tel que prévu dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt ;
  - s'appuyant sur des méthodologies telles que développées dans les projets de responsabilité populationnelle dans les territoires prioritaires.
- Améliorer l'accès à l'expertise pour les professionnels de premiers recours en développant le recours à la **téléexpertise :**
  - renforcer l'accès à la rétinographie dans les territoires défavorisés (cartographie des lieux existants, implantation de nouveaux lieux de rétinographie).
- Structurer le **parcours « pied diabétique » :**
  - caractériser le parcours des patients hospitalisés avec une plaie ou pour une amputation à partir des données de l'Assurance maladie (SNDS) ;
  - cartographier et identifier les ressources (centres experts, centres de niveau 2, podologues) en s'appuyant sur la structure d'expertise et de ressources Diabète Île-de-France (SER Diabète Île-de-France) pour une meilleure lisibilité de l'offre graduée ;
  - renforcer la formation des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du pied diabétique (pansements, dépistage, sensibilisation des patients).
- Intégrer et soutenir les **innovations** dans la prise en charge du diabète à toutes les étapes du parcours : généralisation de la **télésurveillance** (glycémie, insuline), de la **téléexpertise** (plaie du pied), accompagnement des innovations organisationnelles (**article 51** et autres).

Seront également à prendre en compte, au cours du PRS 2023-2028, la publication des nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) ainsi que les évolutions thérapeutiques, technologiques et organisationnelles qui contribuent à l'amélioration du suivi et du contrôle du diabète.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Renforcer les filières de prise en charge de l'endométriose

Diagnostic et enjeux

La prévalence de l'endométriose dans la population générale n'est pas précisément connue, car il n'existe pas d'étude diagnostique en population générale. On estime que l'endométriose touche au minimum **10 % des femmes en âge de procréer** (entre 15 et 49 ans), soit environ 1,5 à 2,5 millions de femmes en France (prévalence qui est comparable voire supérieure à celle du cancer ou du diabète chez les femmes en France). **En Île-de-France, autour de 300 000 à 600 000 femmes** seraient concernées. L'endométriose représente la **première cause d'infertilité** dans notre pays. Par ailleurs, il est probable que la maladie soit **sous-diagnostiquée.** Un des grands challenges d'amélioration de la prise en charge est donc celui de la réduction du délai du diagnostic (le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic chirurgical de la maladie est estimé à sept ans en moyenne).

La **mise en place de filières** de prise en charge de l'endométriose est au cœur de la stratégie nationale que le PRS déclinera en Île-de-France par **l'organisation de quatre filières territoriales coordonnées au niveau régional, en partenariat avec les associations de patientes.** Les principaux enjeux de ces quatre filières sont d'améliorer les compétences des professionnels du premier recours, de structurer l'offre de soins en proximité, d'assurer un accompagnement global de la symptomatologie douloureuse des femmes atteintes dans une logique de gradation des soins ainsi que d'informer le public.

Ces quatre filières territoriales endométriose en Île-de-France continueront de se déployer selon la gradation préconisée par la Direction générale de l'offre de soins.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Aider à former les professionnels de santé du premier recours (médecins généralistes, gynécologues, radiologues, échographistes, sages-femmes, infirmières, pharmaciens) de manière à ce que les femmes soient mieux prises en charge sur le plan diagnostique et thérapeutique.
- Favoriser l'accès à une prise en charge précoce.

- Améliorer la prise en charge de la douleur dans les trois niveaux de recours.
- Réduire les interventions répétées et inutiles.
- Permettre une prise en charge multidisciplinaire en cas d'endométriose complexe dans des centres de référence.
- Promouvoir, accompagner, soutenir le développement de l'innovation et de la recherche clinique sur l'endométriose.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les objectifs intégrant ceux des filières, les actions sont retranscrites ici selon qu'elles relèvent de missions régionales ou territoriales

- **Niveau coordination régionale**
  - Création d'un site internet commun Endo IDF mettant à disposition un annuaire et une cartographie des ressources selon le niveau de recours et la compétence (incluant notamment les référents et experts en imagerie, les structures spécialisées de douleurs chroniques (SDC), les centres d'assistance médicale à la procréation).
  - Mise en place d'une charte commune définissant les modalités d'adhésion à la filière.
  - Mise au point de programmes d'éducation thérapeutique (ETP), notamment pour la prise en charge de la douleur et de l'infertilité.
  - Description de l'offre de soins dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR).
  - Élaboration d'indicateurs communs d'évaluation du fonctionnement de la filière.
  - Évaluation de la satisfaction des patientes et des professionnels de santé.
  - Promouvoir le pouvoir d'agir des patientes, les pratiques professionnelles garantissant le respect des demandes des femmes, soutenir l'émergence de projets permettant d'initier des pratiques innovantes (cf. article 142 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité »).

- **Niveau filières territoriales**
  - Organisation de formations/sensibilisations.
  - Organisation de réunions de concertation pluri-professionnelles (RCP) pour les professionnels du premier recours.
  - Organisation régulière de RCP de filière, au minimum une par semestre, de manière à harmoniser l'ensemble des pratiques sur le territoire.
  - Participation à l'information du public (mise à disposition des informations sur le site internet de la filière Endo IDF : description de l'offre de soins, annuaire des professionnels de santé, information sur les rencontres proposées).

Améliorer le parcours des patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive

Diagnostic et enjeux

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est **une maladie respiratoire chronique essentiellement due au tabagisme (80 %), aux expositions professionnelles (15 %) et à la pollution atmosphérique.** Son évolution peut être émaillée d'exacerbations susceptibles de conduire à une hospitalisation. La BPCO ne peut pas être guérie mais une prise en charge adaptée permet d'améliorer la qualité de vie et de diminuer les (ré)hospitalisations et la mortalité.

La BPCO touche **5 à 10 % des personnes de plus de 45 ans** en France. Parmi les patients souffrant d'affection de longue durée en lien avec les pathologies respiratoires, le taux de prévalence des bronchites chroniques en France est passé de 120 en 2013 à 140 pour 100 000 en 2021. Cette prévalence est sous-estimée par rapport à celle des autres pays développés, principalement parce qu'on ne recense que les BPCO les plus sévères. Les départements **les plus impactés** par la BPCO sont par ailleurs des **départements socialement moins favorisés** : Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise. Les hommes sont principalement touchés (55 %), l'âge moyen est de 71 ans et le taux de mortalité s'élève à 6,9 %.

Les **hospitalisations pour exacerbation de BPCO** en Île-de-France représentent **11 000 séjours** en 2021. Ce nombre de séjours **a diminué de 36 % depuis 2016,** ce qui peut être une conséquence des mesures de protection individuelle adoptées en raison de la pandémie de Covid-19 et/ou de modifications des habitudes de codage. Ces séjours se caractérisent en 2021 par 53 % d'admissions par les urgences, 18 % de passages en réanimation, 7 % de sorties en coins médicaux et de réadaptation et 4 % de décès pendant le séjour, pour une durée moyenne de séjour de 8,5 jours.

Par ailleurs, **la prévalence de la BPCO** (et des maladies chroniques en général) **progresse** du fait de l'augmentation et du **vieillissement de la population,** dans un écosystème de santé fragile. Les filières de prise en charge présentent par ailleurs des difficultés de recrutement, dans un contexte de ressources humaines tendues en Île-de-France.

Dans ce contexte, l'enjeu de l'amélioration du parcours BPCO, comme pour toutes les maladies chroniques, est d'adapter le système de santé à la réalité des besoins des patients dans une **logique à la fois préventive et thérapeutique,** afin d'améliorer la qualité de vie et diminuer la mortalité des patients.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Mettre en place une gouvernance régionale du parcours BPCO afin de conduire une stratégie commune pour les cinq ans à venir. **Ce parcours est porté en lien avec l'Assurance maladie, qui l'a également identifié comme prioritaire.**
- Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO.
- Concevoir et déployer une approche populationnelle du parcours de santé BPCO.
- Intégrer les outils de télésanté dans les parcours de soins en appui aux professionnels de santé.
- Adapter les compétences des professionnels de santé aux besoins des parcours chroniques.
- Identifier les ressources territoriales et les territoires défavorisés pour adapter la mise en œuvre de l'amélioration du parcours et tenir compte des besoins différenciés.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Mettre en place ce processus d'amélioration du parcours de santé des BPCO

- **Promouvoir l'utilisation des forces existantes :**
  - identifier et communiquer sur les dispositifs, structures et professionnels existants afin d'articuler leurs actions et déterminer les manques potentiels ainsi que de nouvelles forces ;
  - mettre en place des organisations territoriales permettant la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la BPCO.
- **Faire évoluer les ressources humaines en santé :**
  - renforcer l'offre des infirmières coordinatrices (IDEC) ;
  - développer la délégation de tâches, soit par l'augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée (IPA) formés en maladies chroniques, soit par la rédaction de protocoles de coopération BPCO pouvant impliquer kinésithérapeutes, assistants médicaux, pharmaciens…
- **Concevoir et déployer une approche populationnelle** pour soutenir les territoires (CPTS, structures d'exercice coordonné, dispositifs d'appui à la coordination, Ehpad, établissements…) par des animations territoriales, dans l'élaboration de leur propre plan d'actions partagé par tous les acteurs des territoires, et dans ce cadre :
  - s'engager collectivement dans le processus dynamique de l'amélioration du parcours BPCO en s'appuyant sur les besoins et les priorités du territoire, l'offre, les dispositifs existants et les innovations ;
  - constituer une équipe territoriale BPCO (composée des professionnels de santé de ville et hospitaliers du territoire impliqués dans le parcours BPCO).
- **Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO :**
  - contrôler l'augmentation de la prévalence de la BPCO en luttant plus efficacement contre le tabagisme (cf. 1.11) ou les autres déterminants environnementaux, dont la pollution atmosphérique (cf. plan régional santé environnement) ou les expositions professionnelles ;
  - détecter plus précocement la BPCO pour ralentir l'aggravation de la maladie par l'intermédiaire de campagnes de sensibilisation (déployées par l'Assurance maladie qui a fait de la BPCO un parcours prioritaire) et en développant la réalisation des spirométries ;
  - promouvoir les expérimentations de dépistage en ville par les médecins généralistes, les IPA ou les infirmières de santé publique.
  - ralentir l'évolution de la maladie, éviter les hospitalisations pour exacerbation et retarder le passage au stade 4 (situation de handicap) :

– améliorer l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP),

. améliorer la qualité du traitement (ETP pour l'utilisation des sprays, le bon usage des corticoïdes, des antibiotiques et de l'oxygénothérapie, les vaccinations…),

. améliorer la surveillance (par le patient lui-même grâce à l'ETP, le généraliste, le pneumologue, le kinésithérapeute, le pharmacien et l'infirmier dont l'infirmier en pratique avancée) pour détecter précocement les débuts d'exacerbation,

. améliorer l'accès à l'expertise pneumologique en ville,

. améliorer l'accès à la réadaptation respiratoire,

. lutter contre le tabagisme.

- **Favoriser le déploiement de programmes d'ETP, notamment en proximité** (via les structures d'exercice coordonné, par exemple) et dans les quartiers défavorisés, sur la base d'un état des lieux des programmes ETP déclarés sur le champ de la BPCO grâce à l'outil de cartographie des programmes en cours d'élaboration, et étudier l'ensemble des leviers pour soutenir ces programmes (appui méthodologique, financement…).
- **Améliorer la prise en charge de la fin de vie par la mise en place des soins palliatifs** à fortiori lorsque le patient est en insuffisance respiratoire terminale (cf. fiche 2.10).
- **Soutenir l'innovation** en testant de nouvelles solutions numériques et de nouveaux modèles d'organisation et de financement :

  – en accompagnant les projets « article 51 » et les dispositifs innovants, notamment lors du passage dans le droit commun (télé-réadaptation respiratoire, télésuivi, référents de parcours, prise en charge graduée et continue de la BPCO, outil numérique BPCO conçu dans le cadre des « Startups d'État »… ;

  – en renforçant l'usage de la télésanté pour améliorer l'accès à l'expertise pneumologique, pour les patients eux-mêmes par la téléconsultation et pour les généralistes par la téléexpertise pneumologique ;

  – en poursuivant et étendant à l'ensemble de la région l'appel à projets « Consultations semi-urgentes (CSU) en cas d'exacerbation de BPCO dans les ES ».
- **Renforcer l'offre de réadaptation respiratoire multiple et graduée :**

  – augmenter le nombre de places en SMR respiratoire en hospitalisation complète et hospitalisation de jour ;

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

  – promouvoir RÉCUP'AIR, le réseau de santé multidisciplinaire d'Île-de-France, et le soutenir ;

  – soutenir les innovations par le biais d'un article 51, INSPIR'ACTION (télé-réadaptation respiratoire, expérimentation nationale/SMR respiratoire Achères (78), 2022 à juin 2025).

- **Mobiliser plus systématiquement les données et recommandations** (Guide du parcours de soins BPCO, novembre 2019, HAS) disponibles sur les indicateurs à mesurer, notamment dans une perspective de suivi et d'évaluation des actions menées (ALD, PMSI, SNDS…).

L'expérimentation d'actions en santé publique sur la BPCO sera prioritairement déployée sur les territoires les plus fragiles (Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise) puis sera déployée à l'échelle régionale.

Mieux structurer les prises en charge spécialisées en soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Diagnostic et enjeux

Le secteur SMR (soins médicaux et de réadaptation) a comme mission principale de limiter les conséquences fonctionnelles des affections médicales ou chirurgicales aiguës ou chroniques, en aval des hospitalisations MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), en lien avec la ville et le secteur médico-social. Or, **certains patients échappent aux filières SMR** pour diverses raisons :

- manque de place ou délais de réponse des établissements SMR ;
- mauvaise connaissance ou absence d'organisation des filières par les acteurs du MCO, qui compliquent l'orientation des patients vers les ressources adaptées ;
- sous-estimation des difficultés potentielles des patients qui sont considérés à tort comme « guéris », par exemple après une lésion cérébrale aiguë ou chronique semblant d'évolution favorable mais générant un handicap « invisible » (troubles cognitifs fins, notamment) ;
- insuffisance d'offre dans certaines filières (neuro-oncologie ou comorbidités neurologiques et psychiatriques, par exemple) ;
- manque de lisibilité des filières pour certaines pathologies par les acteurs de ville.

Cela peut entraîner une perte de chance pour les patients qui se retrouvent sans prise en charge adaptée et sans interlocuteur identifié, échappant ainsi aux parcours classiques. Il est cependant difficile d'évaluer précisément le nombre de patients concernés, par définition parce qu'ils échappent aux filières classiques. Un des objectifs sera justement de mieux quantifier le problème et de mieux objectiver les besoins.

Par ailleurs, **les comorbidités psychiatriques seraient fréquentes, associées à de la neurologie, à de l'orthopédie, ou à l'âge dans la filière des personnes âgées polypathologiques dépendantes.** Elles représentent un obstacle à l'accueil des patients, ce qui constitue une perte de chance, les patients présentant des comorbidités psychiatriques étant globalement difficiles à orienter en SMR malgré un besoin avéré de soins.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Ces comorbidités peuvent également être le symptôme à prendre en charge, ce qui vient renforcer la perte de chance. Par exemple, dans le cadre d'un traumatisme crânien, les séquelles psychiatriques sont parfois les seules à corriger et sont insuffisamment prises en charge.

Il apparaît donc nécessaire de **définir et structurer les filières :**

- pour lesquelles il existe une insuffisance de détection des difficultés :
  - commotion cérébrale,
  - sortie de services MCO neurologie / neuro-chirurgie / neuro-réanimation (hémorragies méningées, tumeurs du système nerveux, accident vasculaire cérébral (AVC), traumatisme crânien),
  - suites d'arrêt cardio-circulatoire réanimé (8 à 10 % des patients sortant vivants garderaient des séquelles) ;
- qui sont insuffisamment développées :
  - neuro-oncologie (enjeu de qualité de vie et autonomie),
  - comorbidités psychiatriques et neurologiques / pathologies somatiques.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Ces priorités et enjeux à cinq ans se déclinent en plusieurs objectifs opérationnels autour de trois grandes priorités : la détection, l'orientation et l'égalité d'accès des publics spécifiques.

- Permettre une meilleure détection des patients à risque dès la phase aiguë
- Améliorer :
  - le suivi des patients après la sortie de l'hospitalisation en MCO ;
  - le suivi après l'hospitalisation en SMR ;
  - la lisibilité des filières tant pour les acteurs du MCO que du SMR ;
  - le lien avec la ville (CPTS, DAC, acteurs libéraux), les établissements et services médico-sociaux, notamment les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), et avec les associations de patients.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- Articuler les prises en charge en SMR et en psychiatrie, dans l'objectif de :
  - garantir la prise en charge des patients présentant un besoin de rééducation et des troubles psychiatriques, en veillant à ce que le trouble psychiatrique ne constitue pas un frein ou un empêchement à un accueil en SMR ;
  - prendre en charge les troubles psychiatriques des patients accueillis en SMR et développer les soins de remédiation psychiatrique en complément des stratégies de rééducation actuellement disponibles en SMR.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Élargir le périmètre des dispositifs de coordination du Centre ressources francilien du traumatisme crânien (CRFTC) sur d'autres sites, et s'en inspirer pour appliquer le modèle à d'autres pathologies pour la détection et l'orientation des patients à risque :
  - lésions cérébrales modérées à sévères après neuro-chirurgie et neuro-réanimation (hémorragie sous-arachnoïdienne, HSA) ;
  - commotion cérébrale (traumatisme cranio-cérébral léger), en cours d'expérimentation article 51 « filières oubliées » ;
  - suites d'AVC, de traumatisme crânien, d'hémorragie méningée ;
  - neuro-oncologie ;
  - suites d'arrêt cardio-circulatoire réanimé.
- Déployer, en s'inspirant de l'expérimentation article 51 « filières oubliées », une application numérique permettant le télésuivi des patients. Une plateforme numérique servirait d'outil de suivi et de rappel, en permettant des alertes selon les indicateurs remontés par les patients.
- Développer les consultations médicales et paramédicales en SMR pour le suivi des patients.

Renforcer la structuration du parcours des personnes atteintes de maladies neurologiques et neuro-dégénératives

Diagnostic et enjeux

La **prévalence** de l'ensemble des maladies neurologiques (MN) est **en augmentation,** en rapport avec le **vieillissement** de la population (accident vasculaire cérébral (AVC), Alzheimer, Parkinson…) et **l'évolution des prises en charge** (sclérose en plaques (SEP), sclérose latérale amyotrophique (SLA)…). En 2019, on estime que près de 70 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus auraient une maladie d'Alzheimer, plus de 40 000 d'autres démences et 33 000 une maladie de Parkinson (données ORS 2023). C'est aussi 20 000 patients atteints d'une sclérose en plaques et 100 000 personnes victimes d'AVC.

Si, pour certaines pathologies comme **l'AVC ou la SEP, les situations sont partiellement réversibles** – avec, pour l'AVC, une disparition ou une diminution des séquelles via une prise en charge adaptée en urgence et, pour la SEP, des progrès thérapeutiques qui laissent envisager un meilleur contrôle de l'évolution de la maladie –, **la plupart des pathologies neurologiques** aboutissent à une **dégradation importante de la qualité de vie** faisant place à une **perte d'autonomie.** Celle-ci peut être limitée par un accompagnement, même si à l'heure actuelle les thérapeutiques curatives ne sont pas disponibles. Ainsi, la prévention et l'information sur ces différentes pathologies sont indispensables. Afin de limiter la perte d'autonomie le plus longtemps possible, le **diagnostic et la prise en charge précoces sont primordiaux.** L'accompagnement adapté des patients et des aidants tout au long des étapes des pathologies est essentiel.

Les parcours de ces différentes maladies neurologiques peuvent être très différents, initialement hospitaliers puis ambulatoires (AVC) ou essentiellement ambulatoires (Alzheimer, Parkinson, SEP), ou encore se déployer sur le secteur médico-social (épilepsie). Si l'offre de soins est bien développée dans la région, des **inégalités de prise en charge** persistent avec, par exemple pour l'AVC, des différences en fonction des territoires (le taux des séjours AVC en unité neuro-vasculaire (UNV) varie de 42 % à 77 % selon les départements), de l'âge (seulement 39 % des plus de 85 ans ont accès à l'UNV en 2021) ou de la sévérité de l'atteinte. Certains parcours doivent encore être améliorés : **seuls 30 % des patients atteints de Parkinson et 40 % des patients atteints de SEP ont accès à une consulta-**

tion de neurologie.

Ces dernières années ont été marquées par la crise sanitaire de Covid-19, suivie d'importantes **tensions en ressources humaines,** que ce soit en Ehpad ou dans la filière neurologique, avec de nombreuses fermetures de lits d'hospitalisation en UNV ou en neurologie générale. Ces difficultés ont conduit au renforcement ou à l'émergence de nouvelles organisations pour permettre le maintien d'une prise en charge des patients porteurs de ces maladies neurologiques (nouvelles formes de parcours, télémédecine, délégation de compétence…).

Ainsi, même si la déclinaison des plans Alzheimer/maladies neuro-dégénératives successifs et du plan AVC a permis le déploiement d'actions et de dispositifs à destination des patients et des aidants, la prise en charge des maladies neurologiques nécessite toujours une attention soutenue, que ce soit pour le repérage, le diagnostic, l'accompagnement et la prévention, véritables enjeux pour les prochaines années.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Améliorer l'accès et la lisibilité des parcours de soins des maladies neurologiques**
  - Permettre une meilleure lisibilité et un accès facilité à l'offre (sanitaire, ambulatoire, médico-sociale), du centre expert à la prise en charge de proximité.
  - Favoriser le développement de l'offre dans les zones géographiques où la couverture n'est pas satisfaisante.
  - Accompagner le renforcement ou l'émergence de nouvelles organisations pour la prise en charge des maladies neurologiques.
  - Développer l'accès à la télémédecine, à la téléconsultation mais aussi à la téléexpertise.
  - Favoriser le dépistage et l'accès au diagnostic des troubles cognitifs.
  - Sensibiliser les patients aux différentes aides sociales et médico-sociales et favoriser le recours à ces aides.
  - Favoriser l'accès aux soins des personnes les plus précaires.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- **Favoriser le retour et le maintien à domicile**
  - Filière soins médicaux et de réadaptation (SMR) : favoriser et évaluer les alternatives à l'hospitalisation complète, avec une gradation des prises en charge allant des consultations jusqu'à l'hospitalisation de jour.
  - Élargir l'offre régionale médico-sociale concourant au maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)) à destination des publics à domicile pour les maladies neurologiques.
  - Améliorer le recours aux professionnels de rééducation libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) dans les territoires.
- **Soutenir et former les aidants en multipliant les actions à leur destination**
- **Renforcer les mesures de formation, information et prévention**

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **Favoriser la formation, l'information et la prévention**
  - Poursuivre les informations grand public de prévention et d'information.
  - Développer l'éducation thérapeutique à destination des patients avec maladies neurologiques.
  - Renforcer l'animation du territoire avec un objectif d'acculturation et de formation des professionnels et des proches aidants, en s'appuyant sur les futurs CRT.
  - Encourager les formations interprofessionnelles : organiser des journées de formation sur le handicap neurologique au sein des territoires.
  - Favoriser le développement d'outils de dépistage ou repérage des troubles cognitifs.
  - Renforcer l'acculturation aux soins palliatifs des personnels prenant en charge les maladies neurologiques.

- **Favoriser le développement de l'offre dans les zones géographiques où la couverture n'est pas satisfaisante**
  - Augmenter l'offre d'unités cognitivo-comportementales (UCC) dans la région.
  - Augmenter la couverture en pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) / unités d'hébergement renforcé (UHR) dans la région.
  - Ouvrir des centres de neuro-radiologie interventionnelle de mention A pour la thrombectomie mécanique cérébrale en grande couronne.
- **Améliorer l'accès à l'expertise neurologique en Île-de-France**
  - Poursuivre le soutien aux postes d'assistants partagés pour les neurologues.
  - Appuyer les protocoles de coopération entre professionnels et la délégation de compétence (infirmier de coordination, infirmier de pratique avancée).
  - Mettre en place des consultations semi-urgentes pour les maladies neurologiques afin d'éviter ou de retarder le passage aux urgences.
  - Améliorer le maillage territorial des consultations mémoire.
  - Mettre en place des centres de ressources territoriaux (CRT) avec une orientation renforcée sur les maladies neurologiques en Ehpad.
- **Améliorer la lisibilité des parcours pour les professionnels, les patients et les aidants**
  - Améliorer la lisibilité des dispositifs mis en place pour l'orientation et l'accompagnement des patients et communiquer à ce propos.
  - Renforcer la coordination avec expertise neurologique, en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : évolution des réseaux SEP vers une fédération neurologie porteuse d'une expertise sur les maladies neurologiques du sujet jeune.
  - Replacer les « centres experts » dans leur mission d'animation territoriale : Centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R), Centres de ressources et de compétences sur la sclérose en plaques (CRC SEP), Centre expert Parkinson…
  - Inscrire le parcours pilote « Épilepsie » de la STSS (Stratégie de transformation du système de santé) dans une approche territoriale, en lien avec la Cnam et la HAS.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

  - Poursuivre la promotion et le financement des animateurs de filière neurologie, ceux-ci permettant la bonne articulation entre les différentes étapes du parcours.
  - Améliorer l'accessibilité aux synthèses médicales formalisant les projets de vie et de soins, y compris soins palliatifs le cas échéant (directives et discussions anticipées), des patients.
  - Renforcer l'utilisation de l'outil numérique régional e-Parcours pour améliorer la coopération pluriprofessionnelle.
- **Accompagner le renforcement ou l'émergence de nouvelles organisations pour la prise en charge des maladies neurologiques**
  - Développer des filières spécifiques : filière accident ischémique transitoire, filière unité neuro-vasculaire/unité de médecine gériatrique aiguë (UNV/UGA)…
  - Permettre un accès facilité à la filière de soins palliatifs pour les maladies neurologiques (notamment SEP, tumeurs cérébrales, AVC sévère, Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique…).
  - Renforcer le lien avec l'hospitalisation à domicile (HAD) pour la prise en charge des maladies neurologiques, notamment en cas de traitements itératifs.
  - Développer l'accès à la télémédecine chez ce public fragilisé du fait de la maladie, en renforçant notamment l'accompagnement personnalisé, et expérimenter des forfaits pour la téléexpertise.
- **Favoriser le retour et le maintien à domicile**
  - Augmenter la prise en charge des maladies neurologiques en HAD-rééducation.
  - Améliorer l'accès direct en hôpital de jour de soins médicaux et de réadaptation à la sortie des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique.
  - Développer la téléréééducation.
  - Améliorer les prises en charge par les kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux en expérimentant des modes de financement, notamment pour une prise en charge rapide au décours d'une aggravation neurologique ayant nécessité ou non une hospitalisation, et éviter une rupture de soins.
  - Élargir la couverture en SSIAD du territoire pour les patients Alzheimer.
  - Développer le recours aux équipes spécialisées Alzheimer (ESA).

– Poursuivre l'expérimentation « équipe spécialisée neurologique à domicile » (ESN-A), et si possible l'étendre à d'autres territoires.

– Renforcer les accueils de jour pour les patients neurologiques, notamment les patients jeunes.

– Ritualiser la notion de répit pour soulager les aidants : recours à l'hébergement temporaire, fréquentation de l'accueil de jour.

Améliorer le parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique

Diagnostic et enjeux

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) est l'incapacité du muscle cardiaque à assurer normalement la propulsion du sang dans l'organisme et à oxygéner correctement l'ensemble des organes du corps. L'ICC se traduit par un essoufflement, une prise de poids, des œdèmes et de la fatigue (EPOF). Elle est essentiellement due à la cardiopathie ischémique (dont l'infarctus du myocarde ou l'hypertension artérielle). Son évolution peut être émaillée de décompensations susceptibles de conduire à une hospitalisation. L'ICC ne peut pas être guérie mais une prise en charge adaptée permet d'améliorer la qualité de vie et de diminuer les (ré)hospitalisations et la mortalité.

En France, l'ICC touche plus d'1,5 million de personnes. Elle est à l'origine de 200 000 hospitalisations et 70 000 décès par an. Le taux de prévalence standardisé (pour 100 000 habitants) est passé de 1 389 en 2012 à 1 958 en 2021 (soit une **augmentation de 41 % en 10 ans**). En 2021, l'ICC touchait 52 % d'hommes, l'âge moyen était de 74 ans et le taux de mortalité s'élevait à 6,2 %.

Les hospitalisations pour insuffisance cardiaque en Île-de-France représentaient 41 000 séjours en 2019, avec une augmentation de 2 % depuis 2015. Environ la moitié de ces hospitalisations débutent par un passage aux urgences.

Du fait du vieillissement de la population, la **prévalence** de l'insuffisance cardiaque **va augmenter dans les années à venir de 25 % tous les quatre ans,** dans un écosystème de santé fragile (tensions en ressources humaines, hôpitaux saturés, SAU débordés…), avec des inégalités socio-territoriales importantes. Le parcours des maladies chroniques doit se structurer en ville, notamment via la mise en place des CPTS ou de structures d'exercice coordonné, afin de diminuer les hospitalisations, le passage aux urgences et la mortalité. De même, l'articulation entre la ville et l'hôpital à l'échelle territoriale doit s'améliorer.

Les enjeux immédiats et à horizon de cinq ans sont donc majeurs pour la région, et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique est une priorité d'intervention pour l'Agence régionale de santé ainsi que pour l'Assurance maladie.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Identifier les territoires défavorisés pour adapter la mise en œuvre de l'amélioration du parcours ICC.
- Maintenir une gouvernance régionale du parcours ICC afin de poursuivre la stratégie commune pour les cinq ans à venir. **Ce parcours est porté en lien avec l'Assurance maladie, qui l'a également identifié comme prioritaire.**
- Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints d'ICC.
- Poursuivre le déploiement de l'approche populationnelle du parcours de santé ICC.
- Poursuivre l'intégration des outils de télésanté dans les parcours de soins en appui aux professionnels de santé.
- Poursuivre l'adaptation des compétences des professionnels de santé aux besoins des parcours chroniques.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

S'appuyer sur le comité de pilotage ICC d'Île-de-France conjoint avec l'Assurance maladie, pluridisciplinaire, représentatif des professionnels de santé concernés par l'ICC en Île-de-France, qui aura pour rôle de définir et piloter une stratégie commune et des actions partagées

Poursuivre la promotion de l'utilisation des forces existantes

- **Poursuivre l'identification et la communication sur les dispositifs, structures** et professionnels existants afin d'articuler leurs actions et identifier les manques potentiels ainsi que de nouvelles forces.
- **Poursuivre la mise en place des organisations territoriales permettant la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'ICC.**

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Faire évoluer les ressources humaines en santé pour développer la délégation de tâches

- Par l'augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée (IPA) formés en maladies chroniques.
- Par la formation d'IDE au protocole de coopération ICC (arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque par un infirmier »).

Poursuivre le déploiement d'une approche populationnelle pour soutenir les territoires (CPTS, SEC, DAC, Ehpad, établissements) dans l'élaboration de leur propre plan d'actions partagé par tous les acteurs des territoires

- **Poursuivre le projet « Généraliser le parcours des personnes âgées ICC pour éviter leur passage aux urgences » dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences :**
  - ce projet, initié en 2022 dans 22 établissements de santé/territoires, permet de renforcer l'offre d'infirmiers coordinateurs, d'inciter les infirmiers à s'engager dans le protocole de coopération ICC et les établissements de santé à mettre en place des consultations de titration et d'urgences ouvertes à la ville, et d'inciter chaque territoire à constituer son équipe territoriale ICC ;
  - ce projet permet de poursuivre la dynamique d'amélioration du parcours par territoire initiée par les animations territoriales réalisées en 2018/2019.

Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge des malades atteints d'ICC

- **Contrôler l'augmentation de la prévalence de l'ICC en luttant contre les facteurs de risque vasculaires contrôlables.**
- **Dépister précocement l'ICC pour ralentir l'aggravation de la maladie via des campagnes de prévention (notamment déployées par l'Assurance maladie).**
- **Ralentir l'évolution de la maladie et éviter les hospitalisations pour décompensation :**
  - améliorer l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;

– améliorer la qualité du traitement (optimisation thérapeutique par des consultations répétées, observance thérapeutique par l'ETP, activité physique adaptée, régime sans sel…) ;

– améliorer la surveillance (par la télésurveillance du poids, par le patient lui-même grâce à l'ETP, le médecin généraliste, le cardiologue, le pharmacien, l'infirmier libéral, l'infirmier en pratique avancée…) pour détecter précocement les débuts de décompensations, améliorer l'accès à l'expertise cardiologique, tenter de maintenir le patient en ville, laisser le temps à l'hôpital de s'organiser pour une éventuelle hospitalisation directe ;

– améliorer l'accès aux professionnels de santé en début de décompensation cardiaque en favorisant les consultations semi-urgentes portées par les établissements de santé et en déployant les équipes de soins spécialisés de cardiologie à toute l'Île-de-France, permettant ainsi d'améliorer l'accès à l'expertise cardio et de diminuer le recours aux urgences (téléconsultation et téléexpertise) ;

– améliorer l'accès aux soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Poursuivre le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en proximité, notamment par l'intermédiaire du pôle de ressources en cardiologie RESICARD

sur la base d'un état des lieux des programmes ETP déclarés sur le champ de l'ICC grâce à l'outil de cartographie des programmes en cours d'élaboration, et étudier l'ensemble des leviers pour soutenir ces programmes (appui méthodologique, financement…).

Améliorer la prise en charge de la fin de vie par la mise en place des soins palliatifs, à fortiori lorsque le patient est en ICC réfractaire

Soutenir l'innovation en testant de nouvelles solutions numériques et de nouveaux modèles d'organisation et de financement

- En accompagnant les projets « article 51 », notamment lors du passage dans le droit commun :
  – cellule d'expertise et de coordination pour la prise en charge des patients IC sévères en sortie d'hospitalisation : expérimentation régionale s'appuyant sur le protocole de coopération ICC, mis en œuvre depuis 2020 dans neuf sites de l'AP-HP et dont l'objectif est, pour les patients sortant d'hospitalisation, de tout mettre en œuvre afin d'améliorer leur prise en charge en ville, éviter/retarder leur réhospitalisation, les hospitaliser directement si besoin… ; évaluation en 2024 pour passage dans le droit commun ;
  – structure libérale légère (SLL) : expérimentation nationale impliquant une clinique parisienne et proposant de la réadaptation cardiaque et de l'ETP de manière plus légère à des patients qui le souhaitent ;
  – Read Hy et Walk Hop : expérimentations nationales de téléréadaptation cardiaque.
- En améliorant l'usage de la télésanté pour améliorer l'accès à l'expertise cardiologique :
  – télésurveillance des patients ICC (balances connectées), des prothèses rythmiques et des patients sous anticoagulants oraux par CREATIF[43] ;
  – téléconsultation et téléexpertise encouragées dans le cadre du projet « Généraliser le parcours des personnes âgées ICC pour éviter leur passage aux urgences » et déployées dans le cadre des équipes de soins spécialisés (ESS) de cardiologie :
    . mises en place en 2022 à Paris et dans le Val-de-Marne, déployées en 2023 en Essonne, Seine-et-Marne et Seine-Saint-Denis, puis à déployer dans le reste de l'Île-de-France,
    . le dispositif s'adresse aux généralistes qui, en consultation, ont besoin d'un avis cardiologique pour améliorer l'accès à l'expertise cardiologique et diminuer le recours aux urgences : le généraliste contacte immédiatement le régulateur de l'ESS (par téléphone ou plateforme) pour décider ensemble soit d'une téléconsultation à trois (patient, généraliste et cardiologue de l'ESS cardiologie), soit d'une téléexpertise entre le généraliste et un cardiologue de l'ESS cardiologie, soit d'une consultation en présentiel dans le cabinet du cardiologue de l'ESS cardiologie situé au plus proche du domicile du patient en moins de 24 heures.

Renforcer l'offre de réadaptation cardiaque multiple et graduée

- Augmenter le nombre de SMR cardiologiques en hospitalisation complète et hospitalisation de jour.

43 CREATIF : structure d'éducation thérapeutique et de télémédecine dédiée aux patients sous anticoagulants oraux depuis leur prise en charge à l'hôpital jusqu'à leur suivi chronique en ville.

- Soutenir les innovations par le biais de deux projets « article 51 » de téléréadaptation cardiaque et d'un projet « article 51 » de réadaptation cardiaque en ville (SLL).

Mobiliser plus systématiquement les données et recommandations (Guide du parcours de soins ICC, juin 2014, HAS) disponibles sur les indicateurs à mesurer, notamment dans une perspective de suivi et d'évaluation des actions menées (ALD, PMSI, SNDS, EDS de cardiologie, parcours IDM (infarctus du miocarde) dans le cadre du Health Data Hub[44]...)

Prioriser les actions de santé publique sur les territoires défavorisés puis prévoir un déploiement régional

44 Parcours IDM dans le cadre du Health Data Hub : cf. fiche OQOS cardiologie interventionnelle.

Mieux structurer le parcours de santé des enfants et des adolescents

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France est une région jeune : **un Francilien sur quatre a moins de 18 ans.** Elle se caractérise par des indicateurs de santé infantile moins favorables que les moyennes nationales. Malgré les actions engagées depuis plusieurs années, la mortalité infantile de diminue pas, et les disparités s'aggravent sur certains territoires. De même, **si la santé des Franciliens de 1 à 14 ans est considérée comme globalement satisfaisante, des inégalités existent** dès le plus jeune âge, notamment dans les territoires moins favorisés.

Les maladies chroniques sont en constante augmentation chez les enfants franciliens : maladies respiratoires chroniques, asthme, diabète de type 1, obésité, drépanocytose... Les disparités territoriales, qui concernent autant la prévalence des pathologies que le recours aux soins, sont à mettre en lien avec le poids des déterminants individuels, sociaux, environnementaux, et la prévalence des comorbidités, elles-mêmes liées aux déterminants sociaux. Au-delà de l'augmentation des besoins en soins programmés, ces maladies chroniques ont un retentissement important sur le recours aux urgences et aux soins critiques en cas de complications. Les périodes de crise ou de tension ont un fort impact sur la prise en charge de ces enfants, qui passent souvent au second plan durant ces périodes.

Les adolescents sont globalement en bonne santé mais la prévalence de la souffrance psychique est élevée durant cette période de grande vulnérabilité, notamment en lien avec l'impact de la crise du Covid-19 dans cette tranche d'âge. Les plaintes somatiques et psychiques récurrentes sont déclarées chez quatre garçons et cinq filles sur dix, le risque de dépression augmente et concerne un quart des Franciliens de 17 ans, ce qui en fait le taux le plus élevé en France. De plus, les tentatives de suicide et idées suicidaires augmentent dans cette tranche d'âge, et commencent à être préoccupantes chez des enfants plus jeunes.

Au vu de la grande fréquence des difficultés psychiques et de leurs impacts majeurs sur l'ensemble des parcours de vie et de soins des enfants, « relever le défi de la santé mentale des enfants » est au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs. Ce thème majeur, un des principaux axes des Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant, est développé dans plusieurs axes de ce PRS.

Les consultations pédiatriques en ville sont majoritairement réalisées par des **médecins généralistes,** et leurs **perspectives démographiques** sont, comme celles des **pédiatres, très préoccupantes,** laissant déjà de grandes parties du territoire sous-dotées.

Près d'un million de patients de moins de 15 ans passent aux urgences chaque année. Même si la tendance à la saisonnalité s'atténue, la situation est surtout critique à l'occasion des **épidémies automno-hivernales,** notamment de bronchiolite, qui mettent en tension l'ensemble de la filière de soins de l'enfant dans toutes ses composantes, de la ville aux soins critiques.

L'ensemble des hôpitaux, y compris en périphérie, est ainsi confronté à la fois à l'augmentation des maladies chroniques de l'enfant et à celle du recours aux urgences (double mission). À ce titre, il est essentiel de maintenir une offre hospitalière dans l'ensemble des territoires capable de s'adapter à la prise en charge en situation de crise tout en maintenant un recours en proximité pour ces maladies chroniques. Les tensions en personnels médicaux et non médicaux sont préoccupantes en pédiatrie, s'aggravent et compromettent la pérennité de certaines organisations ou services, en particulier en grande couronne. Aussi, pour réduire la pression sur les urgences pédiatriques, principale cause de la fuite des praticiens de l'hôpital public, il importe de renforcer les collaborations ville-hôpital, d'accentuer les mesures de prévention (ex. : gestes barrières), de promotion de la santé et de responsabilité des populations (ex. : juste recours aux soins).

Une vigilance toute particulière doit porter sur le nombre et la répartition des implantations de service de médecine pédiatrique, de structures accueillant les enfants en urgence et d'unités de soins critiques pédiatriques (OQOS).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Renforcer le pilotage de la politique régionale de santé de l'enfant et de l'adolescent

- Mettre en place une gouvernance régionale de la santé de l'enfant (commission régionale santé de l'enfant, santé de l'adolescent), notamment dans le cadre de la déclinaison des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.
- Articuler la politique de santé de l'enfant et de l'adolescent avec les politiques de périnatalité, de santé mentale, et les stratégies de transition vers la médecine de l'adulte.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Mettre en place la « filière territoriale » de soins pédiatriques pour garantir à tous les enfants, dans tous les territoires, un parcours de santé de qualité et sans rupture, et pour améliorer le parcours de santé des enfants les plus fragiles

- Renforcer la place de la médecine de ville dans la prise en charge de l'enfant, en particulier sur les soins non programmés.
- Maintenir l'offre hospitalière de proximité (soins non programmés) et de recours pour les pathologies chroniques de l'enfant et de l'adolescent dans l'ensemble des territoires.
- Clarifier le maillage territorial et favoriser la prise en charge des principales maladies chroniques de l'enfant.
- Assurer la prise en charge de l'entourage lors de morts inattendues du nourrisson.

Développer la médecine de l'adolescent, dans son volet psychique, mais aussi somatique

- Accompagner les services de pédiatrie dans la prise en charge des 16-17 ans (impact de la réforme des autorisations).
- Favoriser les dispositifs de transition enfant-adulte.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Mettre en place une **gouvernance régionale** de la santé de l'enfant, dotée d'un tableau de bord régional des besoins, des ressources et des usages de ces ressources en santé du jeune enfant et de l'adolescent, décliné à un niveau territorial fin (Observatoire régional de l'offre de soins pédiatriques).
- Améliorer la qualité des prises en charge ambulatoires en développant des actions complémentaires de **formation des médecins généralistes** à la prise en charge de l'enfant, en renforçant les **collaborations médecins généralistes et pédiatres** libéraux et les liens ville-hôpital, en favorisant le recours à la télé-expertise entre médecins généralistes et pédiatres et en promouvant des postes partagés ville-hôpital.
- Inciter et favoriser le développement de **projets médicaux pédiatriques au sein des CPTS**.
- Contribuer, en cohérence avec les OQOS, à la déclinaison territoriale **de l'offre de soins et à la mise en place de la gradation des soins, à la**

fluidité et la continuité des parcours, au renforcement des coopérations entre acteurs de la santé (ex. : ville-hôpital ou CHU/GHT), par un travail collaboratif territoire par territoire.

- **Faciliter l'adaptabilité de l'offre de soins** pour répondre aux situations de crise.
- Labelliser les **centres de référence des morts inopinées du nourrisson** (MIN).
- Contribuer à l'amélioration des **parcours spécifiques** par la mise en place de nouvelles filières (diabète de type 1, neuro-handicap, adolescents) ou en **fédérant des dispositifs existants** (dispositifs spécifiques régionaux/réseaux bronchiolite, drépanocytose, maladies inflammatoires, troubles des apprentissages, onco-hématologique, obésité) et améliorer la transition vers la médecine adulte.
- Accompagner le déploiement du carnet de santé numérique de l'enfant, au travers de « Mon espace santé », permettant ainsi aux familles et aux professionnels de santé désignés d'avoir accès à l'historique de santé consolidé des enfants.
- Réaliser une cartographie et mettre en place une démarche de **gradation/labellisation de l'offre de soins** en maladies chroniques de l'enfant, permettant d'améliorer les parcours de prise en charge (ex. : diabète de type 1) et de fédérer les dispositifs existants (obésité, drépanocytose, maladies neuro-musculaires, maladies inflammatoires…).
- Réaliser une cartographie et mettre en place une démarche de gradation/labellisation de l'offre de soins en maladies de l'adolescent hors pédopsychiatrie, favoriser les dispositifs de transition vers la prise en charge adulte.
- Améliorer la formation et l'attractivité des métiers de prise en charge de l'enfant sain, malade et/ou vulnérable (médicaux, non médicaux, à l'hôpital, en ville, à l'école, en PMI, en ES, en EMS) et, au-delà, de celles des spécialités indispensables telles que la pédopsychiatrie, la radiopédiatrie ou la chirurgie infantile.
- Clarifier les missions/formations des puéricultrices dans le cadre des projets de modification de leur maquette en articulation avec le souhait d'extension au domaine de l'enfant des infirmières en pratique avancée.

Promouvoir une bonne santé bucco-dentaire

Diagnostic et enjeux

Les pathologies bucco-dentaires représentent un enjeu essentiel de santé publique car elles **touchent une majorité de la population,** sont un **marqueur avéré des inégalités sociales de santé** et ont des répercussions majeures sur la santé générale, alors même qu'il s'agit, pour la plupart, de pathologies évitables par des mesures de prévention.

La majorité de la population est concernée par les pathologies bucco-dentaires

Concernant les adultes, 33 à 50 % présentent au moins une dent cariée à traiter et un tiers souffrent d'érosion dentaire. La moitié des plus de 35 ans présentent un problème parodontal (affection des gencives) avec, dans 10 % des cas, une forme sévère de la maladie.

Concernant les enfants, 11 % des élèves de grande section de maternelle et 12 % des élèves de CM2 ont au moins une dent cariée non soignée. Plus d'un tiers des élèves de 3e porte un appareil dentaire.

La santé bucco-dentaire est révélatrice des inégalités sociales et de santé

Ces inégalités existent dès le plus jeune âge. En grande section de maternelle (GSM), 92 % des enfants de cadres sont indemnes de caries contre 70 % pour les enfants d'ouvriers. Toujours en grande section de maternelle, 23 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée contre 4 % des enfants de cadres. En 3e, 5 % des enfants de cadres ont des dents cariées non soignées contre 14 % des enfants d'ouvriers.

À 5-6 ans, le brossage des dents plusieurs fois par jour est plus fréquent pour les enfants de cadres (60 %) que pour les enfants d'ouvriers (47 %). C'est également le cas en CM2 où 79 % des enfants de cadres déclarent se brosser les dents plusieurs fois par jour contre 71 % pour les enfants d'ouvriers.

Par ailleurs, les consultations préventives à 5-6 ans représentent 81 % des consultations des enfants de cadres, contre 48 % pour les enfants d'ouvriers.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

En Île-de-France, la proportion des enfants de GSM ayant des dents cariées non traitées atteint 17,6 % en zone d'éducation prioritaire (ZEP) contre 7,3 % hors-ZEP. Et, dans les territoires classés zones urbaines sensibles (ZUS), près de la moitié des élèves (44,7 %) de CM2 ont au moins une dent cariée non traitée.

Pas de bonne santé sans bonne santé bucco-dentaire

L'OMS a récemment rappelé qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est un facteur non négligeable de maladie en général.

Outre la douleur et l'inconfort générés, les foyers infectieux bucco-dentaires (notamment les parodontites) sont des facteurs d'apparition, de déséquilibre ou d'aggravation de certaines maladies générales : maladies cardiovasculaires, endocardite infectieuse, diabète, polyarthrite rhumatoïde, BPCO, etc.

Les foyers infectieux bucco-dentaires peuvent également retarder la mise en œuvre de traitements médicaux urgents (certaines chimiothérapies, greffes d'organes, chirurgie cardiaque…) ou de certaines interventions chirurgicales programmées, comme la pose d'une prothèse orthopédique.

Une mauvaise santé orale peut également avoir des répercussions sur la grossesse (risque de prématurité ou de pré-éclampsie), sur la nutrition (risque de dénutrition chez les personnes âgées), mais aussi sur le bien-être et la qualité de vie quotidienne avec, dans certains cas, des répercussions sur la santé mentale.

Dans le cadre de ce nouveau PRS, les enjeux porteront sur la prévention et l'éducation à la santé, l'organisation des soins, la réduction des inégalités d'accès à la santé et la bonne information pour la santé.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Renforcer la prévention bucco-dentaire et promouvoir la santé orale comme facteur incontournable de bonne santé générale

- En lien avec l'Assurance maladie, augmenter le recours aux consultations de prévention au cabinet dentaire pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (cf. M'T dents).

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

- Augmenter le recours aux consultations de prévention bucco-dentaire durant la grossesse.
- Renforcer la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire dans les structures assurant le suivi médical des jeunes enfants (cabinets médicaux, centres de PMI…).
- Coordonner et améliorer la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire en milieu scolaire.
- Renforcer la prévention en santé orale et les dépistages bucco-dentaires dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap.
- Développer l'usage de Mon espace santé comme outil de suivi et de mise en place de messages de prévention personnalisés.
- Structurer et déployer la prévention en santé orale dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes.
- Promouvoir les actions de prévention bucco-dentaire au sein des Contrats locaux de santé (CLS) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- Favoriser l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les parcours de prise en charge des patients porteurs de certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires…).
- Améliorer le dépistage précoce et le circuit de prise en charge des cancers de la cavité buccale.

Renforcer l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous afin de réduire les inégalités sociales, territoriales et populationnelles en matière de santé orale

- Promouvoir et renforcer la médecine bucco-dentaire de premier recours. Définition du premier recours par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes (20.11.2024) : Un chirurgien-dentiste réalise des soins de premier recours si il produit une activité d'omnipratique dans le cadre d'une prise en charge globale, quel que soit l'âge du patient, et la diversité des actes réalisés, et si il effectue les actes de prévention, de dépistage, de diagnostic, le traitement et le suivi des patients.Les établissements et les centres de santé répondent à la notion de premier recours en médecine bucco-dentaire dès lors que la pratique décrite ci-dessus y est réalisée à titre principal.
- Lutter contre les déserts médicaux en santé orale (cf. axe 3).
- Favoriser une meilleure intégration de l'offre de soins bucco-dentaires

dans les parcours de santé des patients à besoins spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes âgées dépendantes, personnes souffrant d'un trouble psychiatrique…).

- Développer et renforcer l'offre de soins bucco-dentaires spécialisés destinée aux populations à besoins spécifiques, dans une logique de réponse graduée et territoriale.
- Structurer une réponse régionale aux demandes de soins bucco-dentaires urgents (cf. axe 3).
- Renforcer l'offre de soins bucco-dentaires pour les personnes vulnérables (personnes en situation de précarité, personnes détenues…).

Construire un territoire de santé capable de répondre aux défis sociétaux actuels (démographie professionnelle, nouveaux modes d'exercice, changement climatique…)

- Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de la santé (cf. axe 4).
- S'assurer de la qualité et de la sécurité du parcours de soins en santé orale quel que soit le lieu de prise en charge du patient (cabinet libéral, centre de santé, structure hospitalière…).
- Poursuivre l'évaluation et, le cas échéant, le déploiement de solutions innovantes en santé orale (téléexpertise, unités mobiles…).
- Accompagner les cabinets dentaires dans une démarche d'éco-responsabilité (cf. axe 5).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Objectif de santé publique

Faire de la santé bucco-dentaire un objectif de santé publique systématiquement inclus dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements sociaux et médico-sociaux.

Cartographie des besoins et de l'offre de soins bucco-dentaire existante

Un travail de recensement et de cartographie (par exemple via Santégraphie) sera mené afin d'affiner l'état des lieux déjà réalisé dans le domaine de la santé bucco-dentaire en Île-de-France. L'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI et du système national des données de santé (SNDS), complétée par des enquêtes de terrain, permettra d'identifier précisément les lieux de soins existants, les établissements, les territoires et/ou les populations spécifiques en difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires.

Enquête épidémiologique

Compte tenu du manque de données et de l'ancienneté des données épidémiologiques disponibles sur les pathologies bucco-dentaires, un travail spécifique sera mené avec l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France et le SNDS pour disposer de nouvelles données épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire des Franciliens et sur les inégalités sociales de santé bucco-dentaire.

Moyens dédiés

Des procédures d'appel à projets, d'appel à candidatures et/ou d'appel à manifestation d'intérêt seront lancées pour soutenir des actions de prévention, faciliter le recrutement de praticiens spécialisés dans les structures hospitalières, développer de nouveaux lieux de soins (notamment pour les soins sous anesthésie générale), déployer massivement les formations à l'hygiène bucco-dentaire pour les professionnels, développer les actions de dépistage et soutenir le développement de solutions innovantes de diagnostic ou de soins, dans une approche territoriale et dans une logique de parcours pour les patients.

Feuille de route

Une feuille de route spécifique sur la santé bucco-dentaire sera élaborée afin de détailler les objectifs opérationnels, décliner les actions, les échéances et les acteurs concernés pour aboutir aux objectifs fixés.

Développer un parcours de prise en charge spécifique des usagers de crack (cocaïne basée)

Diagnostic et enjeux

Dimension épidémiologique et territoriale

La consommation de crack (cocaïne basée) est en augmentation constante en Île-de-France, avec une estimation de 13 000 usagers (en 2019) dont une forte part est concentrée dans le nord-est parisien, même si le phénomène concerne d'autres territoires franciliens, à des degrés divers. La diffusion de crack au sein de milieux sociaux très contrastés est liée à la forte disponibilité de la cocaïne à prix abordables. À l'échelle nationale, « une estimation produite à partir des données des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) évalue à 42 800 (40 900 – 44 700) le nombre d'usagers de 15 à 64 ans consommant de la cocaïne basée en 2019 en France, contre 12 800 (12 000 – 14 000) en 2010. Par ailleurs, dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), entre 2015 et 2019, la part des personnes déclarant un usage de cocaïne (chlorhydrate ou basée) dans le mois est passé de 50 à 69 %. » (OFDT, avril 2023). Le développement des usages de crack est porté par la diffusion de la consommation de cocaïne en poudre et la part croissante de ceux qui la consomment inhalée.

Paris et la proche Seine-Saint-Denis restent spécifiques par la présence visible d'une population d'usagers confrontés à une très grande précarité, précarité qui à la fois favorise la consommation et est aggravée par elle. Ainsi, début 2023, la file active de l'espace de repos de la porte de la Chapelle était de 1 200 personnes, avec une moyenne de passages journaliers de 200 personnes. Ce lieu offre répit, premier contact avec des travailleurs sociaux et premiers soins et orientations aux usagers les plus en difficulté, majoritairement des hommes, la plupart sans domicile, sans droits ouverts et sans revenus.

Enjeux sanitaires et sociaux

La prise en charge est rendue difficile par les caractéristiques du produit : fort potentiel addictif, interaction importante avec les pathologies psychiatriques et somatiques, dont il résulte une difficulté à combiner les approches addictologiques et psychiatriques, intensité des conséquences du manque (craving) et absence de thérapeutique de substitution. Les usagers les plus précarisés présentent par ailleurs des comorbidités somatiques multiples (dont certaines liées à leurs conditions de vie), des troubles psychiques avec une surreprésentation des pathologies psychiatriques et des antécédents de psychotraumatisme.

Les recherches se développent actuellement mais, à la date de publication du PRS, il n'existe pas de référentiel/consensus scientifique de prise en charge. Les parcours reposent sur des approches cherchant à susciter l'adhésion de la personne et assumant un taux d'échec élevé. Ainsi, il est nécessaire de développer une offre diversifiée, impliquant de façon générale une étape hospitalière, fondée sur une approche globale multiprofessionnelle et incluant, pour une grande part des usagers, un important accompagnement social, notamment pour l'hébergement et l'accueil inconditionnel, la mise à l'abri accompagnée constituant un préalable à l'inscription dans un parcours de soins.

Approche interinstitutionnelle

La stratégie sanitaire mais aussi l'accompagnement social s'inscrivent dans une approche pluri-institutionnelle, incluant la lutte contre le trafic et la lutte contre les troubles à l'ordre public. Elle suppose ainsi la collaboration active avec d'autres acteurs de l'État et des collectivités locales.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Les objectifs stratégiques

- Développer la réduction des risques et des dommages pour réduire l'impact sanitaire et social de la consommation de crack, notamment pour les usagers les plus en difficulté.
- Structurer un parcours de prise en charge sanitaire permettant une entrée rapide dans un parcours de sevrage fluide et adapté à la temporalité de chaque patient.

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Les objectifs opérationnels

- Développer un dispositif diversifié d'accueil et de prise en charge sanitaire et sociale adapté aux usagers en situation de grande précarité non encore engagés dans un parcours de sevrage, pour réduire la consommation de rue, tout en agissant pour l'acceptabilité de ces dispositifs par la population générale dans des zones densément peuplées. L'Agence accompagnera l'élargissement et la pérennisation des dispositifs d'hébergement spécifique pour ces profils qui ne peuvent être pris en charge dans l'hébergement d'urgence classique, renforcera l'accompagnement médico-social, qu'il soit de rue (maraudes, équipes mobiles) ou adossé aux dispositifs d'accueil avec ou sans hébergement (espaces de repos de jour et de nuit, ASSORE et autres dispositifs). Ceci afin de faciliter l'appropriation de ces dispositifs par les usagers et par les riverains et de faciliter un accès rapide aux soins somatiques, psychiques et addictologiques, et l'accès aux droits. L'Agence contribuera à mettre en œuvre les haltes soins addictions (HSA : espace de réduction des risques sous supervision) dont les bénéfices sont reconnus au plan scientifique, dès lors que les conditions politiques seront réunies. Le rapport de l'Inserm de l'évaluation scientifique des HSA de Paris et Strasbourg, commandé par la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), confirme leur intérêt. En effet, « l'accès à ces structures permet d'améliorer la santé de ces personnes (baisse des infections au VIH et au virus de l'hépatite C, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses), et de diminuer les passages aux urgences » (Inserm, mai 2021).
- Stabiliser et développer un dispositif de prise en charge sanitaire avec un nombre de places significatif : ce parcours d'accès rapide comprendra un volet préhospitalier (consultation permettant de caractériser les pathologies associées), des soins hospitaliers adaptés, des places en post-cure permettant la stabilisation des patients et un dispositif de « l'aval de l'aval », permettant le maintien de la non-consommation à l'issue du processus de sevrage. Une attention particulière doit être portée à la prise en charge des situations les plus complexes (très grande précarité, polyconsommations, notamment avec alcool et opiacés). L'accès aux soins sera garanti, y compris pour les personnes sans domicile fixe et/ou sans droits ouverts, dans le cadre des soins inconditionnels.
- Développer l'approche coordonnée des équipes médico-sociales ambulatoires (CSAPA, CAARUD et certains dispositifs d'exercice regroupé) et d'un nombre plus important d'équipes hospitalières. L'objectif est d'une part le renforcement du nombre de lits gérés par des équipes spécialisées à double compétence psychiatrique et addictologique, et d'autre part l'élargissement des équipes hospitalières non spécialisées prenant en charge des usagers grâce à des dispositifs d'appui ; la création de dispositifs d'observation et d'orientation pour des patients à symptomatologie complexe ; la formalisation d'une filière d'aval permettant l'accueil post-hospitalier dans un parcours de sevrage au sein d'équipes (CSAPA résidentiels, communautés thérapeutiques, soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMR A)…) éloignées des scènes de consommation ; et, enfin, la mise en place d'un système de régulation du passage dans chacune des étapes du parcours de soins, afin de réduire les pertes de chances liées aux attentes de places ou aux ruptures de parcours.
- Accompagner les établissements existants (CSAPA résidentiels, communauté thérapeutique, SMR-A…) dans leur montée en compétence sur la singularité de la prise en soin d'usagers de crack afin de développer l'offre de soins : il s'agit, à travers des actions de formation et d'échanges de pratiques, d'augmenter le nombre d'équipes polyvalentes en capacité de recevoir les usagers de cracks. Une attention particulière sera apportée à la dimension et à la mise en place des principes de la pair-aidance.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Dans le champ médico-social

Pour les dispositifs financés sur l'ONDAM spécifique, l'ARS renforcera les équipes mobiles et les maraudes. Elle soutiendra les actions de formation et sensibilisation des différents intervenants dans l'espace public (la police, par exemple) et les acteurs impliqués en proximité comme les bailleurs sociaux. L'Agence s'engage à accompagner la création de nouveaux lieux d'accueil de jour et de nuit, et à pérenniser et renforcer le dispositif d'accueil inconditionnel existant, situé dans le nord-est parisien, notamment par un élargissement des horaires du lieu situé porte de la Chapelle. Elle accompagnera la montée en charge des différents dispositifs d'hébergement avec accompagnement médico-social plus ou moins renforcé, aussi bien bas seuil que plus classique. Lorsque la création d'une HSA sera rendue possible, elle financera cet équipement conformément aux référentiels disponibles.

En aval du sevrage hospitalier, il est visé la mobilisation de 50 places fin 2023 et 250 places à terme, dans l'ensemble des régions de France métropolitaine hors Île-de-France. Le renforcement des places de communautés thérapeutiques et de CSAPA résidentiels en Île-de-France sera recherché.

Il sera mis en place à Paris intramuros un dispositif de type LHSS ou centre thérapeutique résidentiel (CTR), permettant l'accueil et la stabilisation de patients sevrés ou en cours de sevrage et devant être suivis, notamment en raison de comorbidités somatiques.

Dans le champ hospitalier et de liaison

Seront mis en place un puis trois dispositifs d'observation et d'orientation (trois lits chacun), permettant la mise en observation de patients pour lesquels la prise en charge psychiatrique et addictologique, et éventuellement somatique, requiert quelques jours d'observation. Par ailleurs, la facilitation de la prise en charge en urgence des décompensations psychiatriques sera recherchée.

À l'échelle régionale, et particulièrement à Paris et en petite couronne, 10 lits seront identifiés la première année, dans des services de l'AP-HP, du GHU-PPN ou d'autres établissements de santé, permettant, avec une montée en charge progressive, l'accueil dans un délai inférieur à cinq jours de patients souhaitant engager un parcours de soins et de sevrage. Ces lits seront mobilisables par le dispositif de facilitation des parcours mis en place par l'Agence.

Les dispositifs mobiles permettant l'intervention d'équipes spécialisées au sein des services, afin de faciliter la prise en charge de ces patients (Fluid Crack et ELA) et le déploiement de compétences spécifiques auprès de sites non hospitaliers, seront confortés et renforcés.

L'Agence renforcera le dispositif mobile intra-hospitalier (ELSA) d'appui aux services généralistes (SAU, services d'hospitalisation MCO) pour améliorer la prise en charge somatique et addictologique des usagers de crack et multiplier les opportunités d'entrée dans les soins.

L'appui addictologique aux services de psychiatrie et structures de secteur (CMP) sera soutenu.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Dans le champ des ressources humaines

L'Agence engagera une action pour faciliter la mobilisation de ressources humaines, avec une double priorité : valoriser et augmenter le nombre de postes de praticiens hospitaliers en addictologie et d'équipes soignantes en addictologie, en ayant recours aux leviers décrits dans l'axe 4 du PRS sur les ressources humaines en santé ; valoriser les métiers du soin et de l'accompagnement social dans le champ du médico-social, en lien avec les associations et structures partenaires, et favoriser les possibilités de stages pour les professionnels en formation dans le secteur médico-social « des personnes à difficultés spécifiques ».

Seront également valorisées des formations croisées (ville/hôpital/médico-social) sur la clinique de la précarité et de l'usage du crack/cocaïne pour une montée en compétence partagée. L'objectif est de renforcer le maillage entre les différents acteurs et de développer une culture commune de prise en charge des usagers de crack en situation de précarité, tout en préservant les singularités de chaque établissement.

Le développement de la médiation en santé et de la pair-aidance dans ce domaine spécifique sera soutenu.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

AXE 3

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

La priorité pour répondre pleinement aux besoins des Franciliens est de disposer d'une offre de soins accessible et adaptée tant en ville qu'à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. En la matière, les défis à relever sont nombreux. En effet, en 2022, l'Île-de-France est devenue le **premier désert médical** de France métropolitaine et fait face à des **difficultés d'accès aux soins** et à des **disparités territoriales de répartition des professionnels** de santé. **L'offre hospitalière est dense mais cependant inégalement répartie** dans la région, rendant nécessaire une stratégie de territoriale de coopération et de gradation des soins. Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** impliquent de renforcer et de faire évoluer l'offre de soins. Enfin, les **inégalités sociales** de santé restent très marquées, rendant nécessaire la mise en place d'actions spécifiques pour garantir l'accès à l'offre de soins aux personnes les plus fragiles.

Pour répondre à ces défis, l'axe 3 du PRS vise à doter le système de santé régional pour les cinq prochaines années de **l'ensemble des leviers, moyens et outils permettant d'accroître la qualité et la performance des parcours de prise en charge** des patients, dans un souci de **réponse aux besoins du territoire** et de **réduction des inégalités sociales de santé.** Ces besoins ont été évalués à l'aune de l'évaluation de la mise en œuvre du PRS2, du bilan de sa partie « autorisations » mais également au prisme du diagnostic régional réalisé par l'Observatoire régional de santé ainsi que de celui du sondage régional administré auprès de 3 000 Franciliens fin 2022 (cf. supra).

Il s'agira tout d'abord de **faciliter l'accès des patients aux professionnels de santé en ville** sur l'ensemble du territoire (cf. fiche 3.1), d'améliorer la **coordination des prises en charge** en renforçant les structures d'exercice coordonné, les liens ville-hôpital et la coopération entre l'ensemble des acteurs du système de santé (cf. fiche 3.2), de renforcer l'offre de **soins non programmés** en ville et à l'hôpital (cf. fiche 3.3), de favoriser la **gradation des soins** en s'appuyant sur les GHT, l'AP-HP, les coopérations public-privé, les hôpitaux de proximité et l'hospitalisation à domicile (cf. fiche 3.4) et l'évolution des **plateaux médico-techniques** (cf. fiche 3.5).

L'augmentation du don d'organes et du don du sang en Île-de-France est également une nécessité pour améliorer l'accès à la greffe et mieux répondre aux besoins de la population francilienne (cf. fiche 3.7).

L'offre médico-sociale sera en outre renforcée durant la période du PRS à destination des **personnes âgées,** qu'il s'agisse de l'offre en établissement ou des dispositifs permettant le maintien à domicile (cf. fiche 3.7), des **personnes en situation de handicap,** grâce à la mise en œuvre d'un plan de développement massif de l'offre – plan Inclus'IF 2030 – (cf. fiche 3.8), et des **personnes en difficultés spécifiques**, par le développement de l'offre en soins résidentiels et en équipes mobiles (cf. fiche 3.9).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Le renforcement et la modernisation de l'offre, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, requièrent des **investissements** très conséquents, priorisés notamment à l'aune des besoins de chaque territoire et d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (cf. fiche 3.10).

La **transformation numérique** du système de santé devra être poursuivie et accélérée, afin de faciliter, via les outils numériques, l'accès aux soins et la pratique quotidienne des professionnels, et de rendre les Franciliens acteurs de leur santé (cf. fiche 3.11).

Il s'agira enfin de renforcer la mobilisation des professionnels et des usagers pour garantir **la qualité et la pertinence des soins** (cf. fiche 3.12).

AXE 3 | Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

EN BREF

- **Une meilleure adéquation entre les besoins identifiés au sein des territoires franciliens et l'offre sanitaire et médico-sociale**
- **Des leviers et outils pour renforcer l'accès aux soins pour tous, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et accroître la qualité et la performance des parcours**
- **Des objectifs de planification opposables dans le volet « activités de soins autorisées »**

MESURES CLÉ

#CoopérationInterpro

Accroître le nombre de professionnels exerçant dans des structures d'exercice coordonné ou mettant en œuvre de nouvelles modalités d'organisation (postes partagés, pratique avancée, délégations de tâches, coopération ville-hôpital, projets article 51…)

#MédecinTraitant

Renforcer les actions permettant à tous les Franciliens d'avoir un médecin traitant, notamment les patients en ALD

#Numérique

Soutenir l'utilisation des outils numériques, tant par les patients que par les professionnels (Mon espace santé, e-Parcours, télésanté, ROR, ViaTrajectoire…)

#TempsMédical

Poursuivre l'augmentation du nombre d'assistants médicaux et de médiateurs

#Investissements

Poursuivre la mise en œuvre des projets issus du « Ségur investissement » et du plan en faveur du logement des soignants

#SoinsNonProgrammés

Déployer le SAS dans l'ensemble des départements d'Île-de-France

#Handicap

Déployer un plan de développement massif de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap (plan Inclus'IF 2030)

#ExpériencePatient

Prendre davantage en compte l'expérience des patients, notamment par le soutien à différentes expérimentations

#PersonnesÂgées

Renforcer l'offre de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile : développement des centres ressources territoriaux, réforme des services autonomie à domicile

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

EXEMPLES D'ACTIONS DÉPARTEMENTALES ISSUES DU CNR SANTÉ SÉLECTIONNÉES EN LIEN AVEC LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

1. Améliorer la lisibilité de l'offre de soins non programmés via le déploiement d'une campagne d'information accessible et d'actions de pédagogie sur le fonctionnement du système de santé, et l'offre en soins non programmés aux heures d'ouverture et de fermeture de cabinet (Paris – 75).
2. Proposer un médecin traitant aux patients qui n'en bénéficient pas, avec une priorité pour les patients en affection longue durée. Deux territoires portent cette mesure, la Seine-Saint-Denis, territoire pilote avec la CPAM, et les Yvelines avec l'appui des CPTS (Seine-Saint-Denis – 93 et Yvelines – 78).
3. Expérimenter l'élargissement des horaires pour la prise de rendez-vous dans le cadre du service d'accès aux soins (Yvelines – 78).

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 14	**Nombre de dossiers en file active annuelle qui ont un cercle de soins avec au moins 2 professionnels + 1 organisation (c'est-à-dire 2 professionnels d'entités différentes) à partir du programme e-Parcours**	**Au 31/10/2023,** 18 723 au total depuis le déploiement de la solution dont 3 114 cercles créés à partir du 01/01/2023	60 000
Indicateur 15	**Nombre de médecins inscrits sur la plateforme du service d'accès aux soins (SAS)**	**Au 1er décembre 2023** 795	8 000
Indicateur 16	**Évolution du taux d'hospitalisation directe des patients de plus de 75 ans (hors passage par un service d'accueil des urgences – SAU)**	**2022** 5 %	10 %
Indicateur 17	**Évolution du nombre de passages annuels aux urgences, dont passages de personnes âgées de plus de 75 ans**	**2022** Passages totaux : 4 428 972 Passages des + de 75 ans : 530 763	Diminution avec un focus de - 5 % de personnes âgées de + de 75 ans (soit moins 26 000 personnes âgées)

Indicateur 18	**Augmentation du nombre de solutions installées pour les personnes handicapées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), enfants et adultes**	**2022** Nombre de solutions installées enfants et adultes : 56 280	Publication de l'indicateur : début 2025
Indicateur 19	**Augmentation du taux de générosité (don du sang) francilien**	**2022** 2 %	Atteindre la moyenne nationale : 3,52 %
Indicateur 20	**Nombre de prélèvements SME (patient décédé en état de mort encéphalique)**	**2022** 180	300
Indicateur 21	**Part des Franciliens ayant déclaré un médecin traitant, dont patients en affection de longue durée et dont patients de moins de 16 ans**	**2022** Part totale des Franciliens : 79,2 % Part des Franciliens en ALD : 92,5 % Part des Franciliens de moins de 16 ans : 46,2 %	100 % pour les Franciliens en ALD 75 % pour les Franciliens de moins de 16 ans

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Faciliter l'accès aux professionnels de santé en ville sur l'ensemble du territoire

Diagnostic et enjeux

Suite à la publication de l'arrêté du zonage médecins en mars 2022, **l'Île-de-France est désormais identifiée comme le premier désert médical** de France métropolitaine. Malgré des actions de fidélisation et d'attractivité mises en place par l'Agence ainsi que par ses partenaires, l'Île-de-France fait face depuis plusieurs années à des **difficultés d'accès aux soins et à des disparités territoriales de répartition des professionnels** de santé. Les raisons sont multiples : part des sortants supérieure à la part des entrants, taux de fuite important, vieillissement de la population, augmentation des patients atteints de pathologies chroniques…). Ce diagnostic concerne aussi bien les professionnels de santé médicaux que paramédicaux, qu'ils exercent en ville ou dans une structure sanitaire ou médico-sociale.

La lutte contre la désertification médicale et paramédicale est un enjeu majeur de santé publique : chaque Francilien doit avoir un accès équitable aux soins en tous points du territoire. Pour ce faire, l'offre de proximité demande à être renforcée et organisée.

De nombreuses actions sont conduites pour inciter les professionnels à exercer dans tous les types de territoires : aides à l'installation, permanences locales d'aide à l'installation, exercice coordonné (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CDS)…), contrats, postes partagés, assouplissement des règles d'implantation pour les officines de pharmacie… Par ailleurs, des dispositifs d'attractivité sont également mis en place pour les étudiants en santé comme, par exemple, le contrat d'engagement de service public (CESP) et le contrat d'allocation d'études (CAE). **Ces dispositifs méritent d'être mieux valorisés tant pour les professionnels de santé et les étudiants que pour les structures et établissements de santé, médico-sociaux ou les partenaires.**

Il s'agira pour l'ARS de faciliter l'installation et l'exercice des professionnels par la mobilisation des aides durant leur formation initiale et leur exercice professionnel en organisant et en **renforçant l'ensemble des dispositifs dans la région, en lien avec l'ensemble de ses partenaires,** afin de les rendre efficients et lisibles. Il s'agira aussi d'accompagner les professionnels en exercice et ceux en formation afin de **les fidéliser et leur donner envie de**

s'installer dans la région, tout en prenant en compte l'évolution des modes d'exercice et des pratiques (fin de l'exercice isolé, exercice coordonné pluriprofessionnel…).

Il conviendra également **d'optimiser le temps médical et soignant** disponible.

Il s'agira, enfin, de **renforcer les actions permettant à tous les Franciliens d'avoir un médecin traitant,** et notamment aux patients en ALD ou aux résidents des Ehpad.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Poursuivre et renforcer l'accompagnement des professionnels en exercice et des étudiants en santé dans l'élaboration de leur projet professionnel et dans leur installation.
- Faire davantage connaître et valoriser les aides à l'installation et/ou à l'exercice.
- Renforcer les nouveaux modes d'exercice coordonné et la coopération interprofessionnelle dans le but, notamment, d'optimiser le temps médical et soignant et de faciliter la prise en charge par les médecins de nouveaux patients.

Moyens d'y parvenir/leviers pour l'atteinte des objectifs

Les moyens et leviers de cette partie renvoient également à l'axe 4.

Poursuivre et renforcer l'accompagnement des professionnels en exercice et des étudiants en santé dans l'élaboration de leur projet professionnel et dans leur installation

- Faciliter et soutenir l'installation et l'exercice des futurs professionnels de santé grâce à un **suivi personnalisé des étudiants** de la région et des outils dématérialisés (ex. : outil de dématérialisation des choix des internes (DCI)). En lien avec les différents partenaires, le Conseil régional d'Île-de-France et les universités, les leviers doivent porter sur **la formation initiale** afin de permettre aux étudiants en santé de découvrir les différents modes d'exercice, **d'être mieux accueillis durant leurs stages**, mais aussi de les **accompagner lors de leur projet d'installation** et de les informer sur les aides existantes. L'Agence, en lien avec l'Assurance maladie et les URPS, pourra intervenir dans les instituts de formation afin d'informer et de promouvoir les dispositifs existants (webinaires courts, accompagnement entrepreneurial pour les médecins, diagnostics de territoire…).
- Développer et diversifier une **offre attractive de terrains de stage, notamment en ville**. Il s'agit de permettre le développement des stages en ambulatoire, en centres de santé, en établissements médico-sociaux…, d'accompagner financièrement les maîtres de stage pour les paramédicaux (voir expérimentation en cours avec l'URPS orthoptistes) et de reconnaître le temps de tutorat, de soutenir le développement de MSP ou de centres de santé « universitaires ». Pour les internes, augmenter significativement le nombre de médecins souhaitant devenir maîtres de stage des universités, et développer les stages en MSP, en lien avec l'URPS médecins, les universités et l'Assurance maladie.
- **Poursuivre le processus d'universitarisation des formations paramédicales** en lien avec l'université afin de favoriser la transversalité entre les formations, et développer les coopérations interprofessionnelles dès la formation.
- Accompagner les étudiants en fin de cursus bien en amont de l'installation afin de permettre la **fidélisation des jeunes professionnels dans la région**. Mettre l'accent sur les étudiants paramédicaux, en lien avec l'université, et les professionnels du domicile.

Faire davantage connaître et valoriser les aides à l'installation et/ou à l'exercice, qu'elles émanent de l'ARS, de ses partenaires ou des collectivités locales

- **Mener des actions de communication pour soutenir et valoriser les dispositifs existants**, pour inciter les professionnels à s'installer dans les territoires sous-dotés grâce à une meilleure connaissance des perspectives professionnelles offertes dans les territoires et des offreurs de soins du département. Associer l'ensemble des acteurs impliqués dans ces démarches de communication (professionnels de santé et leurs représentants, établissements de santé et médico-sociaux, Assurance maladie, autres services de l'État, conseil régional, collectivités territoriales et élus locaux, etc.).
- Soutenir les dispositifs de type « aller-vers » dont l'objectif est d'**accompagner au plus tôt les jeunes professionnels dans leurs projets d'installation.**
- **Assurer une évaluation des aides** mises en place afin de s'assurer de

leur pertinence.

- **Améliorer la visibilité et le référencement du portail d'accueil des professionnels de santé (PAPS)** auprès des partenaires et des professionnels afin d'en faire un outil répertoriant les aides à l'installation et à l'exercice de l'ensemble des professions concernées, par l'ARS et tous les partenaires. Ces actions seront renforcées par des communications sur les réseaux sociaux, l'organisation de webinaires, la participation à des séminaires, aux congrès des étudiants et professionnels de santé…
- Mieux coordonner l'action des différents partenaires autour des permanences locales d'aides à l'installation et à l'exercice, et développer un **guichet unique** au sein de chaque département intégrant l'ensemble des aides territoriales existantes.
- Apporter une aide pour le **soutien administratif des médecins s'installant en zone ZIP+** en lien avec le conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM).

Renforcer les nouveaux modes d'exercice coordonné et la coopération interprofessionnelle dans le but, notamment, d'optimiser le temps médical et soignant et de faciliter la prise en charge par les médecins de nouveaux patients

- **Renforcer les nouveaux modes d'exercice coordonné et la coopération** entre professionnels
  - Soutenir les initiatives visant à accompagner les nouveaux métiers et formes d'exercice coordonné, en renforçant les dispositifs de collaboration entre professionnels de santé.
  - Déployer des actions de communication afin de faire connaître et promouvoir l'exercice coordonné pluriprofessionnel en MSP, CPTS, CDS, équipes de soins spécialisés (ESS), équipes de soins primaires (ESP)… Des cartographies de l'offre de soins du territoire seront diffusées, notamment via les sites Maillage.
  - Renforcer les formations sur les structures d'exercice coordonné au sein des formations initiales et continues des professionnels de santé.
  - Déployer des protocoles de coopération entre professionnels de santé en ville comme à l'hôpital, afin d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins des patients et aux aspirations des professionnels.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

  - Soutenir la coordination entre les professionnels via le partage d'informations au travers d'outils numériques sécurisés (l'outil régional e-Parcours, SI des DAC, SI des CPTS), interopérables entre eux et avec les référentiels et services socles (messageries sécurisées de santé, dossier médical partagé / Mon espace santé, identifiant national de santé) (cf. fiche 3.11).
  - Promouvoir et soutenir les nouvelles pratiques et nouveaux modes d'exercice (postes partagés, pratique avancée, délégations de tâches…), dans le respect du référentiel de compétence propre à chaque profession. Les nouvelles compétences données aux pharmaciens, sages-femmes, orthoptistes… permettront d'augmenter le temps médical disponible et de réduire les délais d'accès aux soins.
- **Mettre en œuvre des actions visant à libérer du temps médical** (en complément des actions décrites ci-dessus)
  - Soutenir les médecins en cumul emploi-retraite afin de renforcer les équipes soignantes en difficulté (Ehpad notamment).
  - Renforcer le binôme infirmier-médecin traitant pour assurer le suivi des patients qui nécessitent une prise en charge médicale avec un maintien à domicile ou en Ehpad.
  - Soutenir la mise en œuvre des nouvelles missions du pharmacien en tant que professionnels de santé de premier recours (par exemple, actions de prévention, de dépistage et de vaccinations issues de la nouvelle convention pharmaceutique de 2022 et de la LFSS pour 2023).
  - Faciliter l'accès aux dispositifs existants – comme les assistants médicaux, les médiateurs, les assistants dentaires, les aides administratives et de secrétariat – pour les médecins comme pour les autres professionnels, en lien avec l'Assurance maladie et les partenaires, afin de faciliter la coordination des parcours (suivi des examens complémentaires prescrits par le médecin traitant par exemple) et de permettre aux professionnels de santé de se concentrer sur le temps de soins.
- Engager des actions, en lien avec l'Assurance maladie, permettant **l'accès à un médecin traitant pour tous ceux qui n'en ont pas, notamment patients en affection de longue durée et les résidents d'Ehpad.**

Soutenir la prise en charge coordonnée des patients entre les professionnels de santé, particulièrement dans les zones les plus déficitaires

Diagnostic et enjeux

Dans un contexte de démographie des professionnels de santé difficile, **l'Agence régionale de santé, avec ses partenaires et notamment l'Assurance maladie, soutient le renforcement des dispositifs de coordination** entre les professionnels de santé exerçant dans des territoires et des modes d'exercice variés : équipes de soins primaires (ESP), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CDS), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et autres dispositifs de coordination spécifiques, équipes de soins spécialisés (ESS), hospitalisation à domicile (HAD), structures hospitalières, secteur médico-social, cabinets libéraux…

Début 2023, les 72 CPTS adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) couvrent 716 communes (56 %) et 7,5 millions d'habitants (62 % de la population) ; 148 MSP adhérentes à l'ACI sont en fonctionnement (et 14 hors ACI) ainsi que 925 centres de santé dont 458 polyvalents ou médicaux.

Dans un contexte de tensions engendrées par le déficit et l'inégale répartition des ressources médicales sur le territoire, d'une part, et des besoins accrus en matière de santé, d'autre part, l'amélioration de la coordination est une solution pertinente pour améliorer la prise en charge des patients, l'organisation et l'efficience des soins. Il conviendra donc de renforcer, en partant des besoins de chaque territoire, les actions de **soutien à l'exercice coordonné,** de même que les actions visant à **renforcer les liens entre l'hôpital, le médico-social et la ville,** dans un objectif de **meilleure coordination des parcours de santé et d'amélioration de l'accès à l'offre**.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Développer l'exercice coordonné, en particulier dans les territoires les plus déficitaires.
- Développer les outils numériques pour coordonner les parcours patients et renforcer l'accès à l'offre de soins.
- Améliorer le lien ville-hôpital par des instances de gouvernance communes et des postes partagés.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Développer l'exercice coordonné, en particulier dans les territoires les plus déficitaires

Ces actions seront portées conjointement par l'ARS et l'Assurance maladie, en lien avec les acteurs territoriaux.

- Afin de soutenir l'implantation des structures et des dispositifs d'exercice coordonné, poursuivre **le financement de diagnostics territoriaux, d'études de faisabilité, d'ingénieries de projet et d'aides au démarrage.**
- **Accompagner les différentes structures d'exercice coordonné** en leur mettant à disposition, par exemple, des outils de diagnostic territorial, des guides, des benchmark d'indicateurs ou d'outils de pilotage, des retours d'expérience, des bonnes pratiques, etc.
  - Poursuivre le déploiement des CPTS afin de couvrir l'ensemble du territoire francilien : poursuivre l'accompagnement des CPTS émergentes tout en aidant les CPTS existantes à se structurer et à mettre en œuvre leur projet de santé ; travailler avec les acteurs des territoires et les élus locaux à la promotion de cette nouvelle forme d'organisation des soins.
  - S'agissant des MSP et CDS, renforcer leur accompagnement sur les dispositifs conventionnels et leur implication dans le développement des parcours, la pertinence, la transformation numérique, etc., notamment en lien avec la FémasIF.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

– Accentuer l'accompagnement des ESS en fonction des besoins franciliens, notamment pour les médecins spécialistes hors médecine générale peu engagés dans les CPTS.

- Poursuivre le soutien financier à l'investissement immobilier de structures telles que les cabinets de groupe, les MSP ou encore les CDS, pour favoriser l'installation des professionnels de santé en priorisant les aides sur les territoires défavorisés en termes d'accès aux soins ainsi que les projets d'exercice coordonné.
- Développer la lutte contre les inégalités de santé en soutenant notamment le développement de MSP tremplins dans certains territoires, afin de pallier l'insuffisance de l'accès aux soins de premier recours dans ces territoires. Pour attirer et soutenir l'installation des jeunes professionnels vers l'exercice coordonné, le développement de structures (MSP et CDS) et dispositifs (CPTS) universitaires et l'ouverture large de stages pluriprofessionnels en ville seront soutenus (cf. axe 4).
- Faire connaître l'exercice coordonné auprès des acteurs des territoires, en particulier les élus : recenser les initiatives locales (notamment en s'appuyant sur les CPTS et les autres structures d'exercice collectif les plus matures) et partager les bonnes pratiques (événements dédiés, réunions publiques, etc.) ; associer l'Association des maires d'Île-de-France, la FémasIF, la FCPTS, les coordonnateurs de CLS, etc. Il conviendra de veiller à l'articulation des structures et dispositifs d'exercice coordonné avec les autres dispositifs de coordination, notamment le lien entre les DAC et les CPTS (axe 2 du PRS).
- Soutenir la poursuite des expérimentations « article 51 »[45] pour faire émerger des innovations organisationnelles permettant de renforcer la prise en charge coordonnée entre plusieurs professionnels et structures.

Développer les outils numériques pour coordonner les parcours patients et renforcer l'accès à l'offre de soins

- Promouvoir les coopérations entre professionnels de santé grâce au partage sécurisé de données numériques via l'**outil régional e-Parcours**, le dossier **médical partagé (DMP)/Mon espace santé** et les messageries sécurisées de santé (MSS).
- Poursuivre le déploiement de la **télésanté**, qui permet de contribuer au raccourcissement des délais de prise en charge des patients, en lien avec les acteurs implantés sur le territoire et dans une logique de parcours. La télésanté contribue également à l'organisation du retour à domicile des patients grâce aux innovations numériques, comme le suivi connecté ou encore la télésurveillance. Il conviendra de veiller à ce que ces outils bénéficient aussi aux groupes sociaux les moins favorisés et ne renforcent pas les inégalités d'accès aux soins, ce qui passera notamment par des actions en faveur de l'inclusion numérique (cf. fiche 3.11) et le soutien de l'ARS et de l'Assurance maladie à des projets situés en ZIP/ZAC.

Ces outils permettent la fluidité des prises en charge et la structuration du parcours, en communiquant de manière sécurisée autour du patient en ville mais aussi en lien avec l'hôpital : transmission, RCP, traçage, sortie ville-hôpital, création d'un annuaire de correspondants. Le numérique – dans un souci d'interopérabilité des systèmes d'information – est la clé de voûte de la bonne articulation des dispositifs et structures sanitaires sociaux et médico-sociaux.

Améliorer le lien ville-hôpital par des instances de gouvernance communes et des postes partagés

- Améliorer le lien ville-hôpital en promouvant l'**ouverture de la gouvernance** des établissements de santé aux professionnels de ville et vice versa. Cette gouvernance partagée garantit a minima une prise de décision concertée, notamment dans la mise en place des différents parcours.
- Favoriser une articulation effective de tous les professionnels de santé du territoire et s'assurer, une fois passée l'étape de création des **CPTS**, de l'**intégration effective** d'un nombre représentatif **d'acteurs de santé du territoire,** notamment les CDS, les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les pharmaciens, dans le projet des CPTS.
- Accompagner le décloisonnement ville-hôpital par le développement des **postes partagés entre la ville et l'hôpital** et leur **élargissement aux établissements médico-sociaux**. Le déploiement des **consultations avancées** dans les zones sous-denses sera soutenu. La présence des **IDEL dans les Ehpad** sera poursuivie. Pour accompagner et promouvoir ces nouveaux parcours, l'ARS soutiendra les **IPA** en ville comme à l'hôpital.

45 Atlas des expérimentations Article 51 en IDF : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-experimentations-autorisees-en-ile-de-france.

Renforcer l'offre de prise en charge des soins non programmés tout en améliorant la coordination des moyens entre l'hôpital et la ville

Diagnostic et enjeux

L'offre de services d'urgences hospitalières d'Île-de-France occupe une place centrale dans l'organisation des soins urgents et non programmés, en lien avec l'offre de soins de ville et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES).

L'activité dans les services d'urgences connaît une augmentation continue ces dernières années (+ 3 % entre 2018 et 2022 et plus de 4 millions de passages aux urgences par an), ce qui a induit des **tensions considérables** sur cette filière. Le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est passé de 1,7 million en 2019 à plus de 2 millions en 2022 (+ 20 %). Dans ce contexte de tension des services d'urgences hospitalières, des réponses ont déjà été apportées depuis 2019 avec le Ségur de la santé et le pacte de refondation des urgences. L'enjeu, pour les cinq ans qui viennent, sera de maintenir l'offre afin d'assurer un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers cohérent qui permette d'**assurer, pour la quasi-totalité des Franciliens, une couverture en moins de 30 minutes** conformément aux orientations nationales.

Les structures d'urgences hospitalières sont complémentaires aux dispositifs de la permanence de soins en ville, tels que la permanence des soins en ambulatoire **(PDSA)** et les services d'accès aux soins (SAS). Nous connaissons, depuis plusieurs années, un **renforcement de ces organisations de ville sur les soins non programmés** avec la mise en place des SAS depuis 2021 ainsi que des accords conventionnels interprofessionnels (ACI), portés par l'Assurance maladie et qui impliquent notamment pour les CPTS et MSP signataires de proposer des plages de consultations sans rendez-vous (au 31 décembre 2022, 148 MSP et 72 CPTS sont signataires). Pour autant, **l'offre de soins de ville connaît également des difficultés** liées aux problématiques de **désertification médicale**. Le développement de l'offre et une amélioration de l'attractivité autour des prises en charge non programmées sont aussi nécessaires à la permanence des soins de ville. Ce renforcement de la permanence des soins devra également passer par une **amélioration de sa visibilité auprès des autres acteurs de l'urgence,** ainsi qu'auprès du **grand public** pour favoriser l'accès à ce type de soins en ville et limiter le recours à l'hôpital aux seules situations qui le justifient.

Objectifs stratégiques à 5 ans

Afin de maintenir une offre de soins de qualité répondant aux besoins de la population, plusieurs objectifs sont identifiés :

- poursuivre le développement de l'offre de ville ;
- optimiser la régulation et l'organisation des transports sanitaires ;
- optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville ;
- améliorer le pilotage et le suivi de l'activité des urgences ;
- améliorer l'anticipation et la gestion des périodes de tension ;
- améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures.

Objectifs opérationnels et moyens / leviers pour y parvenir

Poursuivre le développement de l'offre de ville

- **Généraliser les SAS** dans les différents départements de la région et augmenter le nombre de professionnels et structures y participant.
- **Étendre la permanence de soins à d'autres spécialités que la médecine générale** : développer les dispositifs de gardes prévues par la loi Rist, y compris pour répondre aux demandes de soins urgents bucco-dentaires, maïeutiques et infirmiers. Cela nécessitera notamment de renforcer la participation des médecins spécialistes et des professionnels paramédicaux à la PDSA.
- Sur la base d'un diagnostic territorial, poursuivre la **diversification de l'offre en ville**, notamment en proposant des **dispositifs innovants** (unités mobiles de télémédecine, mobilisation des IDEL par le SAMU, IDE aux CRRA-15, etc.).
- **Communiquer auprès du grand public** sur le bon usage des dispositifs d'urgences : rappeler que la PDSA tout comme le SAS ne sont à mobiliser qu'en cas d'urgences (non vitales), en l'absence de disponibilité du médecin traitant et d'une autre solution de consultations en ville.
- **Cartographier** les professionnels et les organisations de ville proposant des consultations sans rendez-vous, notamment des consultations

hors patientèle habituelle, afin de donner plus de visibilité et ainsi un meilleur accès aux patients à l'offre de ville.

Optimiser la régulation et l'organisation du transport sanitaire

- **Renforcer la place du SAMU – CRRA-15 dans la régulation de l'offre** et réaffirmer la place centrale du SAMU en matière de régulation.
- Ne pas se centrer exclusivement sur les ressources médicales. Il sera nécessaire de **renforcer la régulation et mettre à profit tous les effecteurs,** notamment pour le SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) en développant les transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIIH).
- **Consolider les nouvelles organisations de transports sanitaires urgents :**
  - poursuivre la mise en place de la réforme, notamment en termes de gradation de l'offre de transports sanitaires (quotas et hors quotas) ;
  - faciliter l'activité des transporteurs sanitaires, par le biais d'un travail à mener en lien avec les préfectures, permettant de fluidifier la circulation des véhicules, afin notamment de préserver l'attractivité de la garde ambulancière pour les transporteurs sanitaires privés et publics et de réduire le nombre de carences ambulancières ;
  - poursuivre l'investissement en matière de formation des ambulanciers et partenaires, ainsi que la mise en place d'outils de géolocalisation.

Optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville

- Encourager la mise en place de protocoles dans les services d'accueil des urgences hospitalières pour optimiser la **réorientation des patients relevant des soins non programmés depuis les SAU.**
- Pour l'aval, **promouvoir une organisation du retour au domicile** dès les urgences en s'appuyant sur les solutions de ville (HAD, Ehpad, IDEL…). Encourager l'établissement de santé à renforcer son dispositif de gestion des parcours sanitaires et médico-sociaux et s'occuper de la recherche de solutions d'aval.
- **Développer les solutions permettant, pour un professionnel ou une structure de ville, de contacter les services hospitaliers** (ex. : demande d'avis médicaux rapides par téléphone, demande d'avis par écrit, télé-expertise, demande d'adressage direct de patients dans le service pour une consultation, une HDJ ou une hospitalisation complète…).
- **Maintenir les filières d'urgences spécialisées** déjà en place, dont le bénéfice pour la population est incontestable, même si les moyens de fonctionnement et de financement doivent être établis.
- Mettre en place des **cellules de gestion de lits** dans tous les établissements de santé et poursuivre l'installation d'outils numériques de gestion des lits alimentant de manière automatique le Répertoire opérationnel de ressources (ROR).

Améliorer le pilotage et le suivi de l'activité des urgences

- **Améliorer le pilotage de l'activité des urgences** et les outils de prédiction et de surveillance des tensions (ex. : indicateur « lits brancards » qui doit être étendu à tous les établissements disposant d'un SAU, développement des indicateurs sur la PDSA et le SAS), renforcer le partage des données d'activité des urgences entre les tutelles, les acteurs de l'hôpital et de la ville et l'Observatoire régional des soins non programmés d'Île-de-France.
- **Déployer les SI SMUR** pour mieux évaluer l'activité et les besoins en SMUR.

Améliorer l'anticipation et la gestion des périodes de tension

- **Mieux anticiper les périodes de mise en tension** des structures d'urgence et de soins non programmés pour organiser l'offre de soins lors de ces périodes.
- **Améliorer la prise en charge lors de ces périodes**, ce qui passe notamment par une **déclinaison de l'organisation territoriale à mettre en place** et la formalisation de plans de montée en puissance des SAMU, de plans de délestage de longue durée concertés au niveau d'un territoire en cas de fermeture d'un service d'urgences, de plans de désaturation des urgences et de plans de monitoring des tensions à déployer à chaque épisode de tensions sur l'offre de soins non programmés.

Améliorer l'attractivité de l'activité de soins non programmés, de manière équilibrée entre la ville et l'hôpital

- **Développer l'offre de formation en médecine d'urgences** sur tout le territoire.
- **Veiller à une meilleure répartition de la charge pesant sur les différents services de soins non programmés,** en mutualisant les équipes sur différentes zones d'activité.
- **Communiquer** sur la PDSA, et plus largement sur la permanence des soins, pour valoriser l'activité réalisée et la rendre plus attractive.

- **Renforcer les effectifs de manière équilibrée entre l'hôpital et la ville** afin de garantir de bonnes conditions de travail pour les professionnels qui s'y investissent. Il sera donc nécessaire de trouver un juste équilibre entre la médecine d'urgence et la ville dans le renforcement des effectifs de régulation (assistants de régulation médicale (ARM), opérateurs de soins non programmés (OSNP), régulateurs médicaux).
- **Améliorer l'attractivité**, ce qui passera notamment par l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) en termes de logement, d'accès au travail et de garde d'enfants.
- Développer des solutions visant à **renforcer la sécurité des professionnels de santé** dans leur activité de permanence des soins.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Favoriser une plus grande gradation des soins et une meilleure coopération dans la stratégie territoriale des établissements de santé franciliens

Diagnostic et enjeux

La région Île-de-France compte 118 établissements publics, 111 établissements privés à but non lucratif et 174 établissements privés à but lucratif. Cette **densité de l'offre hospitalière publique et privée, inégalement répartie dans la région**, rend nécessaire une stratégie territoriale de coopération et de gradation des soins dont l'**objectif est de parvenir à garantir un meilleur accès aux soins**. En effet, l'enquête du Conseil national de la refondation (CNR) réalisée fin 2022 auprès d'environ 3 000 habitants d'Île-de-France révèle que les Franciliens, bien que globalement satisfaits du système de santé et de l'offre de soins, n'ont pas tous le même ressenti en fonction de leur département d'habitation[46]. La **prise en charge à domicile** doit également pouvoir se développer conformément à la volonté d'une grande partie de nos concitoyens.

Cette **stratégie territoriale de gradation des soins a déjà débuté avec la mise en œuvre de 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT)** franciliens depuis 2016, dont deux à dominante psychiatrique. Les GHT ont été mis en place afin de pousser à une logique de gradation des soins avec trois niveaux de recours : le premier recours centré sur les soins hospitaliers de proximité ; le deuxième recours nécessitant des soins de spécialité et le troisième recours centré sur les soins les plus complexes et nécessitant l'existence des plateaux techniques les plus lourds. La dernière enquête bilan GHT d'octobre 2022, menée par l'ARS, montre qu'à leur échelle, tous les GHT ont mis en place cette structuration de l'offre de soins, avec une organisation par filière médicale et une gouvernance appropriée. **Ces GHT sont plus ou moins intégrés**. Cette enquête révèle également que des actions menées dans les PMP 1 (projets médicaux partagés) et encore inachevées restent à approfondir dans les futurs PMP 2. Les filières les plus abouties sur l'ensemble des GHT sont l'imagerie, la biologie et la pharmacie.

La labellisation des **hôpitaux de proximité**, issue de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a permis

46 Odoxa pour ARS Île-de-France, « Les Franciliens et le système de santé », décembre 2022, p. 4.

aux **14 établissements labellisés** d'expérimenter ce rôle de premier recours hospitalier, en réaffirmant leur rôle de proximité et de coordination dans l'offre de soins et dans cette gradation recherchée. Ces 14 hôpitaux de proximité s'inscrivent dans un projet collectif de territoire, en lien avec la médecine de ville, pour répondre au plus près aux besoins de santé de la population.

La gradation des prises en charge concerne également le domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) élargit ses capacités et modalités de prise en charge en relation étroite avec les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux de ville, pour les situations les plus complexes. Parallèlement, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) se structurent, aux côtés d'autres dispositifs spécialisés, pour coordonner les situations de vie à domicile complexes. Et des équipes mobiles expertes se déploient dans différentes filières pour apporter leur expertise, tant en établissements de santé qu'au domicile (équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de soins palliatifs, équipes mobiles de rééducation…).

La crise du Covid-19 a en outre démontré la nécessité d'une coopération public-privé pour assurer, encore aujourd'hui, la continuité des prises en charge à l'échelle régionale. La contribution des établissements privés à la permanence des soins en établissement de santé et à la prise en charge des urgences est indispensable dans le cadre du maillage du territoire. Le Service de santé des armées a également répondu présent à cette crise sanitaire exceptionnelle en répondant à l'offre de soins régionale.

Enfin, des **conventions d'association entre les GHU de l'AP-HP et les GHT ont été signées** pour déterminer l'établissement en charge des missions de proximité et de recours pour les parcours de soins, l'adressage des patients entre GHU de l'AP-HP et GHT, ou encore la mise en place de projets médicaux partagés. C'est sur cette base que la coopération entre l'AP-HP et les GHT doit se poursuivre. L'AP-HP doit ainsi être pleinement associée à l'actualisation des projets médico-soignants partagés (PMSP) de deuxième génération, notamment pour articuler le recours et l'ultra-recours avec les projets des GHT. Enfin, les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont également inscrits dans les coopérations territoriales mais relevant du ministère des Armées et ayant une mission prioritaire et spécifique sur les prises en charge des militaires.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Améliorer la gradation des soins

Les GHT doivent permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'**assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité**. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent **un projet médical partagé** garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. L'objectif de l'agence est de faire reposer la stratégie territoriale sur la collaboration entre les acteurs de santé et d'inscrire les **établissements experts comme recours régional pour les surspécialités**.

Parallèlement, la gradation des soins passe par le renforcement du rôle de premier niveau hospitalier des **hôpitaux de proximité,** en valorisant les coopérations via les CPOM et le calcul de la part variable de la **dotation de responsabilité territoriale**. Le versement de la part variable de la dotation de responsabilité territoriale sera conditionné au **déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé** par les hôpitaux de proximité, en lien avec la médecine de ville.

Avec le développement des pathologies chroniques, les acteurs du domicile doivent se structurer dans un objectif de lisibilité de l'offre, de complémentarité et de subsidiarité des interventions, pour également parvenir à cette gradation des prises en charge dans un cadre global d'amélioration des liens ville-hôpital.

Favoriser les coopérations public-privé en pérennisant l'existant et en clarifiant l'imbrication des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des GHT

En Île-de-France, six GHT déclarent avoir des coopérations avec des structures privées, dont quatre avec du secteur privé lucratif. Le statut de « partenaire » d'un GHT n'est pas pleinement mobilisé, des GCS étant par ailleurs mis en place pour compléter explicitement l'offre des GHT en matière de parcours de soins.

Il conviendrait donc d'**encourager les GHT franciliens à associer les établissements privés de santé comme « partenaires »,** afin d'assurer un maillage territorial plus fin et d'établir une relation coopérative entre l'ensemble des acteurs de santé au-delà des GHT sur des thématiques communes, notam-

ment en période de tensions. La **participation des établissements de santé privés à la permanence des soins** doit enfin être reconnue, pérennisée et renforcée dans le cadre de la nécessaire continuité des soins, avec la définition claire des objectifs associés, dont la participation à la permanence des soins et les prises en charge en urgence tout au long de l'année.

Renforcer le rôle territorial du CHU à l'échelle de la région, avec une universitarisation ciblée de certains établissements de santé

L'AP-HP est le CHU d'Île-de-France et exerce la triple mission qui lui incombe : soins, recherche et enseignement.

L'AP-HP, du fait de son statut, est l'établissement de recherche et d'enseignement de la région Île-de-France. Elle mérite d'être mieux indentifiée comme établissement de recours à l'échelle de la région via une meilleure identification des surspécialités et une plus forte structuration des parcours de soins avec les GHT.

Une **collaboration qualitative doit être mise en place avec les GHT** : il s'agit pour l'AP-HP de jouer pleinement son rôle dans la solidarité territoriale et de contribuer, dans la mesure du possible, au **maintien de l'offre de soins** dans l'ensemble de la région. Au-delà du dispositif de **postes partagés** qui doit être approfondi, l'**universitarisation** doit être confortée sur quelques sites de grande couronne dans le cadre de projets hospitalo-universitaires sous diverses formes, dont des équipes hospitalo-universitaires communes. Il ne s'agit pas de créer d'autres CHU, mais bien de développer des actions d'enseignement et de recherche de qualité ainsi que de favoriser la présence d'internes hors CHU.

Ces actions doivent permettre de renforcer l'attractivité et la fidélisation des personnels médicaux, en lien avec le groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Améliorer la gradation des soins

- **Réviser les projets médicaux partagés (PMP) des GHT** : les nouveaux PMP devront détailler la gradation des soins et les liens par filière avec l'AP-HP.
- Le cas échéant, et afin de favoriser les coopérations, la redéfinition des contours des GHT pourra être envisagée.
- **Réviser l'ensemble des conventions d'association entre les GHT et l'AP-HP** afin d'y intégrer les modalités de coopérations actuelles qui existent entre eux, tant sur les filières médicales que sur les RH, et de recenser les éventuels besoins à couvrir.
- **Mesurer le rôle de premier niveau hospitalier des hôpitaux de proximité** dans la gradation des soins : qualité de la réponse des hôpitaux de proximité aux besoins du territoire ; intégration, quand c'est possible, des hôpitaux de proximité à un GHT ; participation des hôpitaux de proximité à des CPTS et contribution des hôpitaux de proximité à des actions de prévention et de promotion de la santé, en lien avec la ville.
- **Poursuivre le développement du recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)**, améliorer la lisibilité de l'offre, la complémentarité et la subsidiarité tant des dispositifs de coordination (DAC et dispositifs spécialisés) que des acteurs du soins (HAD, SSIAD, IDEL), mais également avec les différentes équipes mobiles qui se développent sur différentes filières.

Favoriser les coopérations public-privé en pérennisant l'existant et en clarifiant l'imbrication des GCS et des GHT

- **Développer l'association des établissements privés** du territoire aux GHT (ex. : GCS, GIE, GIP).
- En capitalisant sur ce qui a fonctionné durant la crise sanitaire, associer l'ensemble des établissements de santé au niveau régional pour **veiller à l'avancée des coopérations**.
- **Formaliser les coopérations entre les établissements publics et privés** pour fluidifier des parcours patients dans les périodes de tension (tensions estivales, épidémies hivernales, crise ou événement exceptionnel).

- Renforcer la coopération entre l'Agence et le Service de santé des armées (SSA).

Renforcer le rôle territorial du CHU à l'échelle de la région, vers une plus grande universitarisation des établissements de santé

- **Développer l'universitarisation de quelques sites hospitaliers**, au-delà des sites déjà universitarisés (Versailles, Poissy, Argenteuil, notamment).
- **Favoriser les postes partagés et les coopérations innovantes**.
- **Cartographier les coopérations déjà existantes** entre les GHU de l'AP-HP et les GHT par spécialité et **identifier les spécialités pour lesquelles des besoins demeurent**, en s'appuyant sur le bilan régional de la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés (PMSP) de première génération et des conventions d'associations du CHU aux GHT, qui permettra de renforcer la promotion des réussites et le partage d'expérience, de rendre visibles les aspects concrets et opérationnels des projets conduits, et d'encourager la constitution de réseaux de pairs au niveau régional, notamment sur la recherche (réseaux d'investigation clinique).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Accompagner l'évolution des plateaux médico-techniques pour répondre aux besoins dans une logique de gradation

Diagnostic et enjeux

Les plateaux médico-techniques (PMT) sont une composante structurante de l'organisation des prises en charge, comprenant : imagerie (diagnostique et interventionnelle), biologie médicale (notamment la génomique…), anatomo-pathologie, pharmacies à usage intérieur (pharmacotechnie, stérilisation…), blocs opératoires et interventionnels, explorations fonctionnelles, unités de soins critiques (dont réanimation) et unités de surveillance post-opératoire.

Leur **nécessaire adaptation** doit prendre en compte les contraintes **liées à la fois à la nature des prises en charge** (moins standardisées, adaptées aux besoins et spécificités des patients, plus chroniques, plus âgés), aux **évolutions des gestes et des équipements** (cohérence des équipes professionnelles, compétences notamment médicales, technicité croissante des prises en charge) avec la gradation des activités, ainsi qu'aux évolutions offertes par le **numérique, l'évolution des métiers** et la décentralisation des **parcours**, dans le cadre du soin – y compris la recherche clinique.

L'évolution des PMT doit répondre aux besoins multidimensionnels tout au long du parcours du patient (diagnostic, soins et surveillance) en intégrant les **exigences médicales ou pharmaceutiques, parfois sociétales (accès aux plateaux d'aide médicale à la procréation…)** et la temporalité (urgence, soins non programmés…).

S'inscrivant dans les cinq années à venir, le projet régional de santé induit nécessairement la prise en compte de l'évolution des ressources humaines en santé (**RHS**). En effet, la contrainte est telle que la réponse aux besoins de la population, en termes d'accès égal à une offre de qualité, s'envisagera par des logiques de coopérations ou de recompositions.

En outre, les cinq prochaines années seront marquées par le caractère incontournable des évolutions liées la santé digitale et environnementale, ainsi que celles liées aux métiers et à leur répercussion organisationnelle.

Il est donc nécessaire de **faire évoluer l'offre** de soins dans ses différents domaines, qu'ils soient **hospitaliers mais aussi ambulatoires,** pour améliorer davantage, et de manière plus coordonnée, la prise en charge des Franciliens.

L'objectif est, pour ce PRS, de mettre à niveau les plateaux techniques le nécessitant encore à ce jour, mais aussi et surtout d'en **accompagner le développement et l'efficience via des outils numériques** facilitant la prise en charge, le **diagnostic et la communication entre les PMT,** ainsi que par la sécurisation de l'accès à ces technologies grâce à du personnel formé, compétent et en nombre.

Cet objectif devrait notamment permettre une meilleure articulation entre les **372 IRM et 316 scanners** répartis sur plus de 275 sites, plus de 90 sites réalisant de la radiologie interventionnelle. Il en est de même pour les **114 laboratoires de biologie médicale** et leurs 878 sites répartis sur la région, dont les résultats sont nécessaires pour 75 % des diagnostics rendus.

L'idée de cet objectif est de pouvoir **recenser, cartographier et regrouper les activités médico-techniques nécessaires dans chaque parcours** de soins afin d'en faciliter l'accès aux patients. Cette catégorisation et cartographie sera également un outil facilitant pour les praticiens souhaitant adresser les patients le plus efficacement possible, tout en disposant d'un maximum de données.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Mettre en œuvre la politique de gradation de soins

- **Structurer l'organisation de l'accès aux PMT**, notamment en situation d'urgence ou de nécessité de soins non programmés par la participation de tous les acteurs à la permanence des soins.
- **Assurer l'adéquation entre les PMT** (et leur environnement) **et les actions ou interventions réalisées** (chirurgie complexe, chirurgie assistée par robot, périnatalité et santé de la femme, radiologie interventionnelle, biologie de proximité, chirurgie pédiatrique).
- **Garantir l'accès aux soins complexes et à l'innovation pour tous** et partout : cartographier les dispositifs existants afin de proposer un maillage francilien (ex. : génomique, lieux de recherche impliquant la personne humaine, accès aux médicaments de thérapies innovantes, pratiques thérapeutiques spécifiques…).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Accompagner l'évolution des PMT en fonction des besoins de santé et des moyens

- **Structurer la couverture du territoire** pour les prises en charge médico-techniques adaptées (ex. : unité péri-opératoire gériatrique (UPOG), handicap, obésité, bilan pré-greffe, chirurgie pédiatrique, cardiaque, neuro-chirurgie…).
- **Accompagner les innovations organisationnelles** telles que les pratiques avancées, délégations de tâches, circuits courts, chirurgie hors bloc… (repérage et soutien aux unités d'accès vasculaires veineux (UAVV) et protocoles de coopération induits, sortie hyper-précoce, filière physiologique, journée de dépistage rapide et complet).
- **Accompagner et renforcer les organisations, notamment au sein des GHT et en relation étroite avec le CHU** en réponse aux projets médicaux partagés, et le déploiement des outils facilitant les coopérations territoriales (maisons de santé, CPTS, GCS moyen…) pour s'adapter aux évolutions de la recherche clinique (essais cliniques décentralisés, recherches en soins primaires) et des pratiques de soins (innovations scientifiques et technologiques, élargissement des indications des thérapies cellulaires et géniques, notamment pour les hémopathies malignes et non malignes).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Mettre en œuvre la nouvelle réglementation (décrets relatifs à la gradation) en adéquation avec la réalité des territoires franciliens

- **Assurer sur le territoire la fluidité des parcours avec pour objectif la prise en charge du patient** dans la structure disposant du plateau médico-technique le plus adapté à ses besoins :
  - décrets publiés (exemple : EML, chirurgie, traitement des cancers, pharmacie à usage intérieur et leurs activités « comportant des risques particuliers »…) ;
  - pas d'évolution réglementaire récente (exemple périnatalité, biologie médicale).
- **Concilier concentration et proximité dans le domaine de la biologie médicale :** sites non éloignés entre eux, préserver le service médical rendu aux cliniciens et patients et leur permettre de bénéficier des

innovations scientifiques et technologiques, notamment par la réduction des délais de rendu des résultats (important en microbiologie et en génétique moléculaire).

- Veiller à **déployer une gradation en adéquation avec la permanence de soins** et organiser les nécessaires relais à sa bonne organisation (cartographie du maillage territorial).
- Assurer une organisation du **recours de proximité**, territoire ou régional de manière adaptée.
- **Identifier et rendre accessibles les dispositifs spécifiques aux populations les plus vulnérables.**
- **S'appuyer sur les solutions digitales** (télémédecine et IA) pour les échanges et le travail coopératif (exemple de projet de numérisation du workflow des laboratoires d'anatomocytopathologie)**.**
- **Intégrer l'expérience patient** dans l'évaluation des pratiques.
- Optimiser l'organisation de l'offre en limitant les redondances.
- **Mettre en œuvre des tableaux de bord** au sein d'observatoires régionaux pour suivre les évolutions des pratiques et leurs impacts.

Conduire des programmes d'accompagnement ou de contractualisation dédiés

- Concevoir, réorienter ou renforcer des programmes d'intervention dans une approche partenariale (acteurs de proximité, Assurance maladie, ministère, fédérations, syndicats, collectivités…) afin d'identifier les domaines où des marges d'amélioration peuvent être obtenues.
- Élaborer des **projets d'appui, d'accompagnement** adapté à la thématique (avec les experts du secteur), au territoire (avec les acteurs de proximité) et à la maturité du sujet (projet expérimental, phase pilote, campagne de généralisation…).
- Mettre en œuvre le projet **dans une logique de résultat et de capitalisation** pour l'ensemble des acteurs franciliens et pour répondre aux besoins des patients, en prenant en compte l'expérience patient.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Augmenter le don d'organes et le don du sang en Île-de-France

Diagnostic et enjeux

Le prélèvement et la greffe d'organes sont des activités de santé publique qui constituent, en vertu de l'article L. 2131-1 A du Code de la santé publique, « une priorité nationale ». En Île-de-France, l'Agence régionale de santé travaille avec l'Agence de la biomédecine (ABM) pour le suivi et le développement de cette activité. La greffe d'organes est la meilleure issue thérapeutique connue dans de nombreuses pathologies, et le délai d'attente d'un greffon un indicateur prédictif du taux de survie en bonne santé.

Si l'Île-de-France regroupe un nombre important d'équipes avec une forte attractivité et répond à des besoins de santé bien au-delà de son bassin de population[47], elle est en revanche en retard pour le don d'organes, et l'amélioration de l'adhésion à cette pratique est l'un des objectifs importants de ce PRS.

L'Île-de-France compte aujourd'hui 11 sites autorisés à exercer l'activité de greffe adulte et 4 sites pour l'activité pédiatrique.

L'activité de prélèvement d'organes et de tissus est organisée en Île-de-France grâce à 26 équipes de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et/ou de tissus, dont 9 centres autorisés au prélèvement de type Maastricht III. Plus de 140 professionnels, pour environ 70 équivalents temps plein (dont 38 % des ETP exercent dans un site parisien), participent à cette activité.

Une baisse des taux franciliens de prélèvement s'observe depuis une vingtaine d'années par rapport à la moyenne nationale. La région Île-de-France est désormais l'une des régions avec le plus faible taux de prélèvement (sur donneur décédé). Le taux d'opposition brut, particulièrement élevé en Île-de-France, explique en partie ce taux de prélèvement bas. En effet, le taux d'opposition au don d'organes en Île-de-France s'est progressivement écarté des valeurs nationales pour atteindre une valeur de 42,1 % en 2019 (*versus* 30,2 % en moyenne en France). En 2022, ce taux était de 42,9 % *versus* 33 % en France entière.

47 C'est particulièrement le cas pour les greffes thoraciques (40 % des greffes au niveau national), mais ce constat est généralisable à l'ensemble des organes (28 % de l'activité nationale de greffe pour 18 % de la population).

Les enjeux des prochaines années, en lien avec le plan ministériel, sont d'améliorer ces taux et d'augmenter le recensement des donneurs potentiels ainsi que le prélèvement.

S'agissant du don du sang, l'Île-de-France se distingue par un taux de générosité inférieur de moitié au taux national (soit 2 % contre 4 %[48]). Les dons de Franciliens représentent ainsi 20 % des besoins nationaux, mais 57 % des besoins franciliens sont couverts par des dons hors Île-de-France. Il apparaît donc impératif d'augmenter le nombre de donneurs franciliens (180 000 aujourd'hui).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Le plan ministériel 2022-2026 en cours pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus définit un cadre général comportant, au-delà des neuf axes de travail, des objectifs chiffrés avec pour certains des « couloirs de croissance ». Ces objectifs chiffrés sont déclinés pour la région Île-de-France.

Les objectifs chiffrés à atteindre en Île-de-France à l'horizon 2026

- Atteindre un nombre **de prélèvements d'organes sur donneurs décédés en mort encéphalique** dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé **entre 222 et 281 prélèvements annuels, alors que le niveau actuel est de 195 en 2022**.
- Atteindre un nombre de **prélèvements d'organes sur donneurs décédés en arrêt circulatoire de type Maastricht III** dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre **40 et 71 prélèvements annuels**.
- Atteindre un nombre de **greffes rénales issues de donneurs vivants** dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre **124 et 211 greffes** rénales.
- Atteindre un nombre total de greffes réalisées dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre 1 459 et 2 359 greffes d'ici 2026.
- Atteindre **15 % des greffes réalisées provenant de greffons prélevés sur donneurs Maastricht III**.

48 Source : Établissement français du sang.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

- Atteindre **20 % de greffes rénales issues de greffons prélevés sur donneur vivant** (global et/ou pour chaque équipe adulte) : un travail à l'échelon de chaque GHT et des regroupements des hôpitaux de l'AP-HP est nécessaire, avec l'intégration d'un plan local de prélèvement et de greffe dans les projets médicaux de chaque GHAP GHU de l'AP-HP ou GHT.
- Atteindre une **ischémie froide moyenne (pour la greffe de rein) de moins de 10 heures** pour chaque équipe de greffe rénale.
- **Augmenter le nombre de prélèvements de cornées** afin de garantir l'autosuffisance du tissu dans la région.
- Autoriser au moins **cinq nouveaux établissements au prélèvement de tissus** (et organes selon les conditions locales et le potentiel) hors Paris intramuros d'ici 2026.
- Disposer d'au moins d'une équipe de circulation régionale normothermique (CRN) mobile régionale.
- Organiser une **astreinte régionale d'anatomopathologie**.

Les objectifs qualitatifs portent également sur l'activité de prélèvement

- Adapter les réseaux de prélèvements à l'évolution de l'offre hospitalière.
- Formaliser des filières de prise en charge des patients cérébrolésés hors ressource thérapeutique.
- Développer les prélèvements sur donneurs décédés en arrêt cardiaque de type Maastricht III dans les centres franciliens autorisés aux prélèvements de donneurs en état de mort encéphalique.
- Infléchir le taux d'opposition régional au don d'organes et de tissus.
- Augmenter l'activité de prélèvement rénal issu de donneur vivant.
- Travailler à l'échelon de chaque GHT et des groupements de l'AP-HP pour l'élaboration d'un plan local de prélèvement et de greffe intégré au projet médical de chaque GHU de l'AP-HP et du GHT (développer une approche fédérative et un accompagnement de préinscription et post-greffe à l'échelle des GHU de l'AP-HP et de la région).

En complément des objectifs figurant au plan ministériel, un **objectif régional d'optimisation du parcours**, en transversalité entre les activités, est proposé. Il s'agit de **réduire le délai de réalisation du bilan pré-greffe**. L'indicateur de suivi sera le délai moyen en mois, il sera mis en place avec les équipes de greffes et les acteurs de cette activité. Le but est de formaliser ce bilan (notamment pour la greffe de rein), et de répertorier les sites et professionnels y participant afin de cartographier et donner plus de

lisibilité aux patients sur l'offre en Île-de-France. L'objectif à atteindre est un délai inférieur à deux mois d'ici la fin du PRS, avec un suivi annuel.

Il est enfin proposé de réaliser, conjointement avec l'ABM, une étude sur les raisons du taux d'opposition régional plus élevé qu'ailleurs, et de mettre en place une communication ciblée à l'épisode de soins sur l'intérêt du don d'organe et du don du sang (communication en maternité, en salles d'attente, etc.).

Les actions et le suivi des indicateurs seront réalisés par un groupe de travail ARS-ABM composé du référent greffe et de l'ensemble des médecins référents ARS impliqués dans les filières concernées (chirurgie, maladies rénales chroniques, soins critiques, neurologie, etc.). Les associations de patient seront associées à ces travaux.

Concernant les dons du sang, l'objectif est de r**enforcer et réadapter l'offre de collecte de l'Établissement français du sang :**

- recherche de nouveaux lieux adaptés en termes d'accessibilité, visibilité, espace et confort : entreprises, milieu scolaire et universitaire, lieux insolites et salles municipales, notamment dans des zones identifiées comme plus porteuses en raison de la typologie des habitants ;
- recherche d'ouverture de nouvelles Maisons du don ;
- adaptation aux nouveaux comportements post-crise sanitaire des donneurs franciliens.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les actions visant à augmenter le don d'organes, de tissus et de sang **sont décrites dans la partie consacrée aux autorisations d'activités de soins** (cf. partie 2 de ce SRS, volet « Activités de soins autorisés »).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Transformer et renforcer l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées

Diagnostic et enjeux

En 2030, on comptera 2,3 millions de Franciliens âgés de plus de 65 ans, ce qui représentera **18 % de la population** totale contre 15 % en 2020. Les gains d'espérance de vie marqués aux âges très élevés et l'avancée en âge des générations du baby-boom vont se répercuter sur l'évolution du nombre de 75-84 ans entre 2020 et 2030, puis des 85 ans et plus entre 2030 et 2040. Cette hausse sera particulièrement importante en grande couronne.

Les personnes âgées bénéficient d'un **niveau de vie moyen légèrement supérieur** à celui de l'ensemble de la population et sont moins nombreuses en situation de pauvreté (7 % des Franciliens de 70 ans ou plus, contre 15 % des 40-49 ans). Mais **depuis 2018, le niveau de vie des personnes âgées diminue** et cette baisse devrait se poursuivre à long terme.

En 2019, en Île-de-France, une majorité des 80 ans ou plus vivent à domicile (91 %), dont 42 % vivent seuls et 45 % en couple, et une minorité en institution, avec des situations contrastées entre les départements.

En 2021, 43 % des **Franciliens âgés de 60 ans** ou plus se perçoivent en mauvais état de santé, 60 % ont des maladies chroniques et **37 % rapportent des difficultés pour réaliser les activités** du quotidien ; pour 13 %, ces difficultés sont sévères et nécessitent très certainement l'aide d'une tierce personne (Baromètre santé 2021). Les inégalités territoriales face à la perte d'autonomie sont marquées. En 2040, l'Île-de-France compterait entre 179 000 et 281 000 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les personnes âgées sévèrement dépendantes seront à l'avenir de plus en plus nombreuses.

Ceci est dû notamment à l'**augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives** : en 2019, on estime que 69 825 Franciliens âgés de 60 ans ou plus auraient une maladie d'Alzheimer, 41 362 d'autres démences, 33 056 une maladie de Parkinson et 5 159 seraient atteints d'une sclérose en plaques. En raison du vieillissement des territoires franciliens et en l'absence de traitements curatifs ou préventifs, le nombre de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives va continuer de croître dans les prochaines décennies.

Face au nombre croissant de personnes âgées dépendantes, et dans un contexte de précarisation de leur situation économique, plusieurs réponses doivent être apportées pour renforcer et diversifier l'offre, d'une part, et prévenir la perte d'autonomie, d'autre part : **ajuster l'offre de services à domicile, le nombre de places en établissement et le montant des aides publiques** pour permettre aux personnes âgées de vieillir là où elles le souhaitent, **réduire l'ampleur de la dépendance en préservant l'état fonctionnel** des personnes âgées (activité physique...) et en favorisant leur autonomie par un **cadre de vie adapté (logement, quartier).**

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Renforcer la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer.
- Renforcer la prise en charge médicale et soignante des Ehpad.
- Développer les moyens et la coordination des opérateurs en charge du maintien à domicile en faveur de personnes âgées les plus dépendantes.
- Maintenir une attention particulière aux publics spécifiques que représentent les personnes âgées précaires et celles atteintes de pathologies psychiatriques.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Renforcer la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et en particulier la maladie d'Alzheimer, en Ehpad et à domicile

- **Continuer à développer et ajuster les offres de soins et de supports aux personnes âgées à domicile et en établissement.**
- **Développer l'offre** dans les zones géographiques où la couverture n'est pas satisfaisante sur les plans suivants :
  - augmenter la couverture en pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)/unités d'hébergement renforcées (UHR) dans la région ;
  - augmenter l'offre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- **Développer des interventions auprès des proches aidants** (cf. fiche 2.6).

Renforcer la prise en charge médicale et soignante des Ehpad

- **Augmenter le temps médical** de médecins coordonnateurs et maintenir le dispositif de médecins prescripteurs.
- Généraliser le dispositif d'**astreinte infirmière de nuit** en Ehpad.
- Améliorer la **prise en charge des situations d'urgence** en Ehpad (projet ASSURE en Île-de-France).
- Accroître les actions de **prévention** : prévention des chutes, lutte contre la dénutrition, prévention des risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse, prévention des infections et de l'antibiorésistance et promotion de l'activité physique adaptée.

Renforcer les moyens et la coordination des opérateurs en charge du maintien à domicile en faveur de personnes âgées les plus dépendantes

- **Développer les centres de ressources territoriaux (CRT)**

  La mission des CRT consiste à maintenir à domicile des personnes âgées par un accompagnement renforcé, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus adapté. Il s'agit ici de développer une alternative à l'entrée en institution. Le développement de cette mission vise ainsi à positionner le porteur de projet comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire vivant au domicile, ainsi que les professionnels en charge de leur accompagnement, par une mission d'appui.

  Par la mise en place des CRT, l'ARS vise en particulier à :

  - améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dispensés aux personnes âgées à domicile ;
  - favoriser le maintien à domicile et limiter l'institutionnalisation ;
  - prévenir la perte d'autonomie ;
  - améliorer la coordination ou apporter une expertise aux acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées ;
  - promouvoir une coordination et une mutualisation territoriale des

ressources.

L'objectif national vise à créer 500 CRT d'ici 2030. L'objectif francilien est de déployer dès 2023 une mission de CRT sur chaque territoire d'action des dispositifs d'appui à la coordination, soit au total **22 CRT.** Ce déploiement se poursuivra sur les exercices en fonction des crédits disponibles.

- **Déployer la réforme des services autonomie à domicile**

Les Franciliens, tout comme l'ensemble des citoyens, aspirent de plus en plus à vivre chez eux, à leur domicile, le plus longtemps possible. Dans cette perspective, l'ARS Île-de-France intensifiera ses actions pour cette priorité que constitue l'accompagnement à domicile en réponse au souhait majoritaire des personnes de vieillir chez elles. La réforme des services autonomie à domicile est un levier majeur afin d'apporter une meilleure efficacité dans la fluidité du parcours de santé.

Cette restructuration importante de l'offre des services à domicile entre en vigueur à compter de 2023. Celle-ci vise à ce que l'ensemble des SSIAD intègrent un volet aide à domicile et se transforment en « services autonomie à domicile ». Ainsi, les personnes âgées seront soulagées de l'organisation de la coordination des différents types d'intervention qui sera garantie par ces nouveaux services. Ces services bénéficieront d'une dotation de coordination des différentes interventions.

- **Déployer la réforme de la tarification des SSIAD**

Les moyens alloués aux SSIAD reposaient jusque-là sur une valorisation unique quel que soit le profil des résidents, et pouvaient conduire à des difficultés de prise en charge de personnes âgées plus dépendantes.

Il s'agira de déployer cette réforme pour mieux prendre en compte, dans la tarification des structures, les besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes qu'elles accompagnent.

Ainsi, la dotation globale de soins sera renforcée en fonction des profils des personnes âgées prises en charge et des types d'intervention, afin de favoriser l'accompagnement des personnes âgées les plus dépendantes. Elle est entrée en vigueur en 2023, avec une montée en charge jusqu'en 2027. **Parallèlement, il est programmé au plan national la création de 25 000 places d'ici 2030, dont 4 000 dès 2023.**

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

- **Prendre en compte des publics spécifiques**

Un nombre croissant de personnes âgées présentent des besoins spécifiques de prise en charge et d'accompagnement en Ehpad, avec d'une part des personnes précaires avec un parcours de rue dont une grande partie présente également des troubles psychiatriques, et d'autre part des personnes atteintes de pathologies psychiatriques au long cours.

Il s'agira de travailler sur l'accueil en Ehpad des personnes âgées précaires avec parcours de rue, qui est une réalité en Île-de-France, en vue d'améliorer le soutien aux professionnels assurant le soin et l'accompagnement, ainsi que sur les parcours de soins en lien avec les filières spécialisées (addictologie, psychiatrie, etc.).

Concernant les personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques, plusieurs types de ressources spécialisées en psychiatrie du sujet âgé peuvent être mobilisés, en particulier les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) qui peuvent venir en appui des professionnels intervenants à domicile et en Ehpad dans la prise en charge de la population visée.

L'objectif est de couvrir, sur la période du PRS, l'intégralité du territoire francilien en EMPSA.

Par ailleurs, il convient de définir les conditions de mise en œuvre de projets d'accueil et d'accompagnement en Ehpad de ces publics spécifiques (précaires et psychiatriques).

Dans cette perspective, il s'agit de prendre en compte une spécialisation de certains Ehpad dans l'accueil de ces publics et de les soutenir en tant que lieux ressources.

En dernier lieu, une réflexion doit s'engager sur la création d'une unité de soins prolongés complexes (USPC) dédiée à l'accueil spécifique de patients âgés souffrant de pathologies psychiatriques d'évolution chronique.

Agir pour déployer un plan de développement massif et inclusif de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap

Diagnostic et enjeux

Malgré les plans récents mis en œuvre dans la région, notamment le plan décidé dans le cadre du moratoire des départs en Belgique, l'Île-de-France se caractérise par un **sous-équipement massif et généralisé pour la prise en charge des personnes handicapées :**

- la région compte 21 % de la population adulte métropolitaine, mais seulement 16 % des places en établissement ; trois départements franciliens sur huit figurent parmi les dix départements les plus sous-dotés en termes de taux d'équipements pour adultes rapporté à la population du territoire métropolitain ;
- pour les enfants, la situation est encore plus aiguë, puisque sept des huit départements franciliens font partie des dix départements métropolitains les plus sous-dotés (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne et Paris) ; le taux métropolitain d'équipement moyen hors Île-de-France pour 1 000 enfants représente 150 % du taux moyen francilien. Dit autrement, un enfant en métropole hors Île-de-France a en moyenne 50 % de chances en plus de trouver une place qu'un enfant francilien.

Cette situation **conduit à des situations sociales et familiales complexes et à des pertes de chances** pour les enfants et les adultes concernés. En outre, elle a des conséquences en chaîne délétères pour le fonctionnement d'autres services publics, notamment l'aide sociale à l'enfance. **Les cinq prochaines années devront permettre la création de solutions d'accompagnement** au bénéfice des personnes en situation de handicap qui soient inclusives et s'inscrivent dans la transformation de l'offre médico-sociale.

Le président de la République a annoncé en Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023 un plan de développement pluriannuel ambitieux de création de 50 000 nouvelles solutions à horizon 2030, pour apporter une réponse aux enfants et adultes en situation de handicap sans solution adaptée à leurs besoins. Ce plan, qui s'élève à 1,5 milliard d'euros de fonctionnement et 500 millions d'euros dédiés à l'investissement, doit permettre d'amplifier l'effort global de transformation de l'offre d'accompagnement débuté depuis plusieurs années, tout en réduisant les inégalités territoriales d'accès à l'offre.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Affiner l'identification des besoins via le déploiement d'un observatoire, doté d'indicateurs partagés, alimenté entre autres par les données issues de l'outil ViaTrajectoire, porté par la CNSA, des MDPH, des conseils départementaux, de l'Agence régionale de santé, de l'Éducation nationale et des représentants d'usagers.
- Développer et transformer l'offre dans une logique d'inclusion et d'accès aux droits fondamentaux pour tous.
  - L'Île-de-France est inscrite depuis plusieurs années dans un plan de développement et de transformation de son offre médico-sociale. À titre d'illustration, plus de 2 400 solutions nouvelles ont été installées depuis 2018, dont 689 en 2022.
  - Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2022-2026 prévoit le financement de 2 700 solutions nouvelles jusqu'en 2026. En outre, la circulaire budgétaire 2023 attribue à l'Île-de-France 24,6 millions d'euros de mesures nouvelles.
  - La part attribuée à la Région Île-de-France dans le cadre du plan pluriannuel de développement massif de l'offre issu de la CNH s'élève à 310 millions d'euros de crédits de fonctionnement, soit 21 % des 1,5 milliards d'euros.

Au vu de ces constats, l'ARS Île-de-France pilotera et portera un plan de développement massif de l'offre, porté par un soutien national, et pluri-partenarial : le **plan Inclus'IF 2030**, plan pour l'inclusion des personnes en situation de handicap en Île-de-France.

Les solutions mobilisant les dispositifs de droit commun en proximité du lieu de vie des personnes et de leurs proches seront recherchées et encouragées. Les dispositifs spécialisés seront mobilisés lorsque cela répond à des besoins spécifiques, dans une logique de subsidiarité au milieu ordinaire.

Le **plan Inclus'IF 2030** vise en priorité le développement de solutions d'accompagnement pour les publics suivants (ces orientations populationnelles ne sont pas listées par priorité) :

– les jeunes adultes en situation de handicap relevant de l'amendement Creton ;

– les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;

– les enfants et adultes nécessitant un accompagnement spécifique (personnes polyhandicapées, avec trouble du spectre de l'autisme...) ;

– les personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile ;

– les personnes handicapées vieillissantes et âgées ;

– plus généralement, les personnes en situation de handicap souhaitant vivre à domicile, avec un soutien adapté.

Pour les enfants, les objectifs suivants seront des lignes directrices :

– poursuivre les actions en faveur du repérage et des interventions précoces ;

– le développement des places en structures médico-sociales doit pouvoir accompagner l'inclusion des enfants en milieu scolaire, et nous proposons 70 % des places créées sous forme d'externat ;

– l'objectif sera de créer des dispositifs médico-sociaux inclusifs par rectorat tels que des équipes mobiles, dispositifs d'autorégulation, unités d'enseignement externalisées, dispositifs du second degré ;

– la transformation des établissements pour enfants en plateformes de services coordonnés, obligatoire en 2030, soutiendra cette organisation.

Pour les adultes :

– le développement d'une offre de service autour du domicile des personnes et facilitant leur accès au soin, au travail, à la vie sociale ;

– le développement de solutions médico-sociales permettant l'accompagnement des situations les plus complexes ;

– une offre adaptée aux personnes en situation de handicap vieillissantes ;

– une offre de relayage et d'aide aux aidants sera structurée dans le cadre de ce plan.

- Renforcer la place des MDPH en tant que pilotes du dispositif d'orientation permanent pour orienter les usagers vers les solutions nouvelles d'accompagnement qui émergeront.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les conditions de réussite

- Réaliser des diagnostics territoriaux partagés actualisés annuellement qui constituent des feuilles de route concrètes pour déployer le plan au sein des départements.
- Développer l'offre non pas seulement sur la base de **création de places mais aussi sur la base de création de solutions**, afin de tenir compte de l'objectif de transformation de l'offre qui reste prioritaire. Il s'agit ainsi d'une réelle opportunité pour faire évoluer l'offre francilienne, en ne demandant plus aux personnes handicapées de trouver leur place dans une offre existante et contrainte, mais en leur offrant le bénéfice d'un **accompagnement adapté, souple et évolutif**, quels que soient les choix faits dans les principaux domaines de vie (habitat, emploi, santé, scolarisation, sport, culture, loisir et relayage). Elle se fonde sur un principe fondamental : l'inconditionnalité de l'accompagnement procède de la logique d'accès universel au droit citoyen, que celui-ci soit commun ou spécifique.
- Accompagner les ESMS franciliens pour engager les transformations attendues.
- Intégrer pleinement les usagers et leurs familles avec la création d'un comité d'usagers, qui garantira la participation active des personnes en situation de handicap et de leurs familles et s'assurera de la bonne adaptation des orientations prises.
- Mobiliser pleinement l'ensemble des conseils départementaux dans le portage du plan et dans leur participation financière, notamment pour le développement d'établissements non médicalisés et des co-financements avec l'Agence (CAMSP, SAMSAH, EAM, ASE et handicap), le déploiement de l'habitat inclusif et d'aides à la vie partagée.
- Mobiliser les rectorats franciliens dans le portage du plan, l'émergence de nouveaux dispositifs de scolarisation et le déploiement de structures médico-sociales dans les murs des écoles, collèges et lycées.
- Mettre en place une gouvernance régionale et départementale pour la mise en œuvre, l'animation et le suivi du plan.
- **Identifier le foncier**. L'enjeu du foncier est majeur en Île-de-France. C'est une des conditions de réussite d'une création massive de solutions dans la région. Les territoires sont confrontés à des situations

diverses en termes de foncier disponible pour permettre des extensions d'établissements préexistants ou la création de nouveaux établissements. À ce titre, la mobilisation de la préfecture de région, des préfectures de département et des élus locaux est indispensable.

- Relever le **défi des ressources humaines** pour réaliser cette extension de l'offre. En se basant sur le taux d'encadrement observé dans le tableau de bord du médico-social au 31 décembre 2021, il conviendrait de recruter sur la période de déploiement du plan de développement de l'offre (plan Inclus'IF 2030), environ 7 000 ETP supplémentaires. Les besoins de recrutement les plus importants concernent les fonctions socio-éducatives. L'ARS Île-de-France mobilisera pour cela particulièrement les partenaires de l'emploi et de la formation, en vue de dynamiser les recrutements pour l'ensemble des professions exerçant dans le secteur médico-social. La stratégie sera en particulier portée avec le Conseil régional d'Île-de-France afin d'évaluer les besoins, renforcer l'attractivité, promouvoir le plan auprès des organismes de formation.
- Évaluer et suivre le plan Inclus'IF 2030 pour s'assurer de son efficience autour d'indicateurs définis collectivement donc le nombre d'amendement Creton.

Au-delà des conseils départementaux et de l'Éducation nationale, l'ensemble des parties prenantes de la prise en charge PH seront mobilisés pour articuler leurs compétences, afin de rendre cette extension de l'offre de prise en charge la plus en adéquation possible avec les besoins des usagers et la création d'un accompagnement complet. À cette fin, sont mises en place des gouvernances régionale et départementales qui réunissent l'ensemble des acteurs et opérateurs concernés.

Les **priorités régionales et interdépartementales de financement des créations, extensions ou transformations** d'établissements et services de la région Île-de-France pour la part des prestations financées sur décision tarifaire de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé sont **arrêtées et actualisées chaque année dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),** consultable et téléchargeable sur le site internet de l'ARS Île-de-France[49].

49 https://www.iledefrance.ars.sante.fr/programme-interdepartemental-daccompagnement-des-handicaps-et-de-la-perte-dautonomie-priac-de-la

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Poursuivre le déploiement de l'offre médico-sociale pour les personnes en difficultés spécifiques, en soin résidentiel et en équipes mobiles

Diagnostic et enjeux

La **répartition territoriale des structures de soin résidentiel est encore hétérogène** selon les départements. **Les besoins sont croissants** avec la montée de la précarité, d'une part, et des maladies chroniques chez les personnes exclues, d'autre part. Cette augmentation des besoins est aussi très dépendante de facteurs exogènes d'aval (fluidification des accès au logement ou à l'hébergement pérenne de droit commun).

L'Agence est engagée depuis de nombreuses années dans l'élargissement de l'offre de soin résidentiel et dans les dispositifs d'aller-vers. Le nouveau projet régional de santé marque une nouvelle étape d'accélération du déploiement de l'offre.

Concernant les lits halte soins santé (LHSS), une **couverture de l'ensemble des départements franciliens en structure LHSS a été assurée** sous le PRS2 : au moins un LHSS par département d'une capacité minimum de 25 places (ces places sont toutes autorisées, certaines sont en cours d'installation et toutes devraient ouvrir en 2023) ; soit, à date, 569 places de LHSS. S'agissant des **lits d'accueil médicalisés** (LAM), **cet objectif n'est pas encore tout à fait atteint** (206 places de LAM) malgré des besoins pourtant croissants pour des personnes dont l'état de santé semble s'être dégradé.

Concernant les places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT), l'Agence a poursuivi le renforcement de l'offre avec, à date, 1 061 places autorisées. Cet **élargissement de l'offre d'ACT, ainsi que du dispositif « Un chez-soi d'abord »** pour que chaque département en soit doté, **doit être poursuivi**.

Concernant les **équipes mobiles médico-sociales, 47 équipes ont été déployées** pour assurer, de manière inconditionnelle, des premiers soins, des bilans de santé, une orientation vers les acteurs de santé et un accompagnement à l'ouverture de droits (« équipes mobile santé précarité » et « lits halte soins santé mobiles »), des soins infirmiers « à domicile » sur prescription médicale et de l'éducation à la santé (« équipes spécialisées de soins infirmiers précarité »), ainsi qu'un suivi de patients chroniques pour

coordonner leur parcours en santé et les accompagner dans les démarches de la vie quotidienne (« appartements de coordination thérapeutique hors les murs »). Au vu des besoins, la **poursuite du déploiement des équipes mobiles médico-sociales est incontournable**.

L'offre de soin résidentiel dans le parcours des usagers sera traitée dans le PRAPS.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Concernant le soin résidentiel, l'objectif reste l'augmentation du nombre de places en fonction des besoins des territoires, en travaillant sur les freins au déploiement de l'offre.

- La cible globale est, sous réserve des crédits nationaux qui seront délégués, **au moins 75 places de LAM et 75 places de LHSS par an**. Concernant le dispositif **« Un chez soi d'abord », l'objectif est que chaque département soit doté** d'un dispositif et **s'agissant des ACT, le but est de poursuivre la création de places au fil de l'eau** sur la base des crédits délégués. Chaque projet de création de structure est examiné par la commission régionale d'appel à projets dans ses dimensions de qualité de prise en charge des usagers, avec prise en compte de leur besoin spécifique, de fonctionnement et d'adaptation du bâti, notamment d'accès PMR (obligatoire pour les LAM, recommandé pour les LHSS).
- Il conviendra également de mener une réflexion en vue d'**expérimenter de nouvelles formes de prise en charge** en soin résidentiel : ESMS PDS hybride (LAM/LHSS) d'accueil temporaire en aval hospitalier et/ou LAM renforcé pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes sans possibilité d'accès en Ehpad.
- Concernant les équipes mobiles médico-sociales, **la couverture « socle » de la région en équipes mobiles médico-sociales doit être atteinte** avec quatre équipes spécialisées de soins infirmiers précarité pour les départements de la Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine (une équipe au moins par département) et une équipe mobile dédiée à la périnatalité en Seine-et-Marne (chaque département couvert par au moins une équipe spécialisée en périnatalité). Est également prévue une amélioration de la couverture au moins sur trois ans pour mailler plus finement les départements, en augmentant les capacités des équipes existantes, d'une part, et en créant de nouvelles équipes, d'autre part, pour les territoires infradépartementaux non couverts.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

- Afin de permettre une fluidité des orientations et un accompagnement sur les sorties, une **plateforme régionale de régulation du soin résidentiel** (LAM, LHSS et ACT), confiée à un groupement d'opérateurs médico-sociaux, sera mise en place en 2024. Inspirée des expérimentations de Paris et de Seine-Saint-Denis, l'objectif de la régulation régionale est de centraliser les demandes d'admission en structure de soin résidentiel pour faciliter les orientations, assurer un lien étroit avec le secteur AHI (accueil, hébergement et insertion) via le SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) et travailler sur la fluidité de l'aval de ces ESMS. Cet objectif a été réaffirmé de manière urgente en décembre 2022, lorsque des places de LHSS temporaires ont été ouvertes exceptionnellement afin d'accueillir des patients toujours en services hospitaliers mais ne relevant plus d'un besoin d'hospitalisation.
- Concernant l'addictologie, **les CSAPA ambulatoires devront être renforcés** en fonction des modélisations nationales, et de nouvelles places d'hébergement en CSAPA devront être créées chaque année, selon les crédits délégués. S'agissant des consultations jeunes consommateurs (CJC), des besoins restent à couvrir et, sur la base d'un état des lieux, de nouvelles CJC pour les territoires non pourvus pourront être créées.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Le secteur médico-social relatif aux personnes en difficultés spécifiques (PDS) est fortement impacté, comme les autres acteurs, par des tensions RH importantes et par les difficultés de mobilisation du bâti.

De manière générale, et dans ce contexte, il est nécessaire de :

- **donner de la visibilité aux acteurs sur les appels à projets en créant une programmation pluriannuelle régionale** – sous réserve des crédits délégués annuellement et sous réserve de modifier la pratique des AAP en laissant des délais de dépôts de dossier de trois mois (et non plus deux mois).

  Le secteur médico-social PDS est tout autant impacté que le secteur personnes âgées / personnes handicapées et l'hôpital, que ce soit en termes de recrutement ou de stabilité sur les postes. Le secteur médico-social PDS et, plus largement, des métiers de la santé publique sont dorénavant complétement intégrés aux travaux ressources humaines en santé de l'Agence et au sein de l'axe 4 ;
- **intégrer des ESMS PDS dans les appels à projets de soutien aux res-**

sources humaines en santé portés par l'Agence et dans le partenariat Pôle emploi / France Travail ;

- **valoriser ces métiers** peu connus par la création de vidéos les présentant (trois vidéos réalisées en 2022), par des partenariats avec les instituts de formation, par la proposition de stages en secteur PDS et par la formation aussi des travailleurs sociaux.

Enfin, dans le cadre des réflexions avec le ministère de la Santé et de la Prévention :

- **continuer d'étayer les besoins en « nouveaux métiers »,** en particulier celui de médiateurs en santé, pour intégrer cette ressource dans les financements socles des ESMS PDS et de mener une réflexion sur le soutien à la pair-aidance.

Par ailleurs, le développement du secteur PDS en Île-de-France a pris du retard du fait de l'absence de **bâti disponible** ou par incapacité de **transformer le bâti** à un coût absorbable par le budget de fonctionnement. À ce titre, il convient de :

- étayer les constats sur les coûts : analyser l'impact des coûts du bâti sur le budget des ESMS PDS, en particulier LAM et LHSS pour mesurer l'évolution des groupes de dépense ;
- soutenir les acteurs dans l'identification de bâtis et fonciers disponibles (enquête régionale ou départementale) ;
- recenser les communes pour lesquelles les activités médico-sociales et les affectations des locaux sont intégrées dans le plan local d'urbanisme ;
- proposer, en lien avec le secteur AHI, une mutualisation des bâtis ayant une trop grande surface pour accueillir un type de dispositif ;
- porter une possibilité de contrepartie « location aux ESMS PDS » dans des contrats de soutien à l'investissement pour les projets hospitaliers ;
- diffuser, en lien avec la DRIHL, les informations utiles relatives aux aides existantes accessibles aux ESMS PDS (aide à la pierre, CDC Habitat…).

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Investir pour répondre aux grands enjeux et priorités en matière de santé et d'accès aux soins, territoire par territoire

Contexte et enjeux

Répondre aux enjeux de santé et d'accès aux soins nécessite la réalisation d'**investissements massifs dans notre système de santé** pour accélérer la modernisation de nos établissements sanitaires comme médico-sociaux, restaurer les capacités financières de ceux qui en ont besoin, favoriser leur investissement courant, et investir dans le futur de notre système de santé, y compris dans les outils du numérique.

Dans le cadre du Ségur de la santé, **plus de 2,4 milliards d'euros sont fléchés** sur les prochaines années **par le ministère en charge de la santé et de la prévention en Île-de-France**, pour développer différents dispositifs au bénéfice des établissements sanitaires et médico-sociaux franciliens :

- plus d'1,2 milliard d'euros et **85 projets sanitaires structurants**[50] soutenus pour transformer l'offre dans les territoires jusqu'en 2030. Ce montant national est renforcé par des crédits spécifiques dans le cadre des plans « pour un État plus fort » en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise, afin de lutter contre les inégalités sociales et de santé sur ces territoires, et par des crédits régionaux mobilisés spécifiquement ;
- 91 millions d'euros de crédits nationaux, complétés par des crédits mobilisés spécifiquement par l'ARS et les conseils départementaux pour atteindre 200 millions d'euros sur 2021-2024, afin d'accompagner une **centaine de projets médico-sociaux** (Ehpad) structurants sur cette période ;
- 279 millions d'euros d'**investissements du quotidien pour près de 400 établissements de santé** bénéficiaires en 2021 et 2022 : ces fonds sont destinés à accompagner les établissements sur des investissements faibles en montant unitaire (brancards, scialytiques, etc.), mais récurrents et pesant sur la trésorerie des structures ;

50 Sur la base des projets soumis par les établissements. Les projets financés se répartissent sur l'ensemble de la région (projets AP-HP à Paris et en Seine-Saint-Denis, projet du GHT Nord-Ouest-Val-d'Oise dans le Val-d'Oise, projet des Hôpitaux Saint-Maurice dans le Val-de-Marne, projet du GH Sud Île-de-France en Seine-et-Marne, etc.).

- 9 millions d'euros mobilisés chaque année en 2021 et 2022 pour les **297 Ehpad bénéficiaires d'enveloppes « investissements du quotidien »** ;
- plus de 840 millions d'euros consacrés à la **restauration des marges financières** des établissements de santé jusqu'en 2030 ;
- plusieurs programmes (SONS, SUN-ES, ESMS numérique, etc.) consacrés à la **mise à niveau numérique** des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région ainsi que des professionnels de ville. Les actions sur le numérique ne sont pas décrites dans la présente fiche mais dans la fiche numérique (cf. fiche 3.11).

En complément, l'Agence a mobilisé, au sein de ses crédits, une **enveloppe de 75 millions d'euros visant à cofinancer des dispositifs mis en place par les établissements en faveur du logement des soignants** (cf. fiche 4.4).

Afin de garantir une réponse adaptée aux spécificités des territoires, l'ARS Île-de-France a fait le choix de mettre en place un **Comité régional pour l'investissement en santé (CRIS)**, installé en 2021. Le CRIS est un **dispositif de pilotage et de concertation,** co-présidé par la directrice générale de l'ARS et le préfet d'Île-de-France, qui associe les élus, l'Assurance maladie, les représentants des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux, ainsi que des représentants de la CRSA.

Le choix des investissements s'est basé, notamment, sur une analyse approfondie des infrastructures existantes dans chaque territoire et des besoins territoriaux, et sur la prise en compte de plusieurs priorités :

- **la psychiatrie et la santé mentale**, en tenant compte notamment du fait que certains territoires franciliens sont peu équipés en infrastructures médicales (Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise) ou que celles-ci sont vieillissantes (Yvelines, Val-de-Marne) ;
- le renforcement de la structuration des parcours territorialisés par l'**organisation du premier recours** et l'accès aux soins primaires pour tous les Franciliens ;
- **l'attractivité de l'Île-de-France pour les professionnels de santé ;**
- **l'objectif de rendre les infrastructures de santé plus résilientes face au changement climatique et mieux inscrites dans les préoccupations de santé environnementale** (cf. fiche 5.4) ;
- **la prévention de la perte d'autonomie,** en confortant les places existantes en Ehpad, en les modernisant en vue notamment d'améliorer la qualité de vie des résidents (ex. : suppression des séjours en chambre double non choisis) et en favorisant leur ouverture sur la ville.

Les financements octroyés dans le cadre du Ségur de la santé seront phasés sur la période 2021 à 2030. Ils **constitueront un levier majeur dans l'atteinte de ces objectifs et dans la mise en œuvre des autres orientations du PRS.**

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Mettre en œuvre les projets faisant l'objet de financements Ségur pour moderniser l'offre sanitaire et médico-sociale.
- Faire de ces projets des leviers de mise en œuvre opérationnelle des priorités régionales telles que définies, notamment, dans le présent PRS.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Mettre en œuvre les projets faisant l'objet de financements Ségur

- Projets du secteur **sanitaire** : **contractualiser** d'ici l'été 2024 avec les 85 établissements retenus et fixer ainsi définitivement les montants d'aide versés aux établissements ainsi que les **contreparties** mentionnées ci-dessous. **Suivre les projets** sur les plans des calendriers et des trajectoires financières durant toute la durée des investissements.
- Projets du secteur médico-social/**personnes âgées : finaliser la contractualisation** avec les Ehpad sélectionnés et les conseils départementaux pour les projets retenus en 2022, en fixant notamment les contreparties décrites ci-dessous ; **sélectionner les nouveaux projets** des années 2023 et suivantes à l'aune des critères exposés ci-dessus et des priorités du PRS.
- Projets du secteur médico-social/**personnes handicapées : identifier**, sur la base notamment de l'enquête patrimoniale sur les ESMS PH de 2023, **les priorités d'investissement** pour améliorer l'accompagnement des enfants et adultes handicapés, incluant le cas échéant une augmentation de la capacité d'accueil des établissements dans le cadre du plan de développement de l'offre francilien (plan Inclus'IF 2030).

Faire de ces projets des leviers de mise en œuvre

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

opérationnelle des priorités régionales telles que définies, notamment, dans le présent PRS

Par nature, les projets retenus visent à améliorer l'offre de soins, sur la base des besoins spécifiques de chaque territoire. Leur mise en œuvre progressive au cours de la période du PRS contribuera donc à l'amélioration et à la modernisation de l'offre.

En complément, l'aide de l'ARS est conditionnée à des contreparties et à l'atteinte d'objectifs fixés avec l'établissement, sur différents volets :

- **attractivité RH** : l'établissement devra élaborer un projet social s'appuyant sur un diagnostic des besoins et utilisant les possibilités offertes par le Ségur de la santé pour déployer un plan adapté à ces besoins ;
- **numérique** ;
- **santé publique** ;
- **résilience face aux événements extrêmes et développement durable.** Sur ce sujet spécifiquement, les établissements devront travailler cinq axes au cours de l'instruction de leur projet : amélioration de la performance énergétique, réduction des émissions de gaz à effet de serre, résilience aux aléas climatiques, respect des exigences de santé environnementale et constitution d'une gouvernance ad hoc sur l'axe développement durable.

Poursuivre la mise en place d'une stratégie régionale coordonnée de pilotage des investissements entre l'ARS, l'Assurance maladie, les collectivités et les acteurs du système de santé dans le cadre du CRIS

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Accélérer la transformation numérique des organisations du système de santé

Diagnostic et enjeux

L'usage du numérique et son intégration dans les organisations et les pratiques professionnelles s'est **grandement démocratisé ces cinq dernières années** de par la pandémie de Covid-19, mais aussi grâce au déploiement d'outils numériques de parcours (télésanté, e-Parcours, ViaTrajectoire), au programme HOP'EN pour les ES ainsi qu'à des services socles (messagerie sécurisée de santé (MSS), dossier médical partagé (DMP) et identifiant national de santé (INS), en lien notamment avec le Ségur numérique) et de nombreuses applications proposées aux professionnels pour leur quotidien (gestion des rendez-vous, visioconférence, mise en relation de professionnels…). Le numérique est à présent considéré comme un **levier majeur d'amélioration des parcours** de santé des Franciliens, à condition qu'il permette la mise à disposition d'une information synthétique, pertinente et dans la bonne temporalité, pour chacun des acteurs.

Pour autant, **son usage par les professionnels de santé et médico-sociaux franciliens reste encore à renforcer,** notamment en favorisant son adéquation avec les pratiques ainsi que l'interopérabilité des différents outils. Pour les patients, le constat est semblable : même si 81 % des Franciliens connaissent Mon espace santé, seuls 21 % l'utilisent réellement et, pourtant, 67 % se disent prêts à utiliser davantage les outils numériques en matière de santé[51].

En 2021, d'après l'Insee, 15,4 % des personnes de 15 ans ou plus sont par ailleurs en situation d'illectronisme, dont plus d'un tiers des plus de 60 ans. De plus, la catégorie socioprofessionnelle ainsi que la maîtrise de la langue française sont des déterminants de la maîtrise du numérique. En Île-de-France, les enseignements de la crise sanitaire, et notamment du programme de vaccination en « aller-vers », corroborent ces constats.

Dans une logique de meilleure appropriation et de développement des usages, les années à venir devront donc continuer à montrer que l'outillage numérique est au service des enjeux du système de santé afin :

- de **redonner du temps aux professionnels** de santé et **améliorer la prise en charge** des personnes ;
- de faciliter la collaboration et la **coordination** entre les professionnels

51 Source : sondage ODOXA pour l'ARS de décembre 2022.

de santé et médico-sociaux ;

- d'**améliorer l'accès à la santé** pour les personnes et les professionnels qui les orientent ;
- de développer **la prévention** et rendre chacun acteur de sa santé ;
- de renforcer **l'inclusion de l'ensemble des citoyens** au sein du système de santé.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Les objectifs stratégiques régionaux s'intègrent dans les objectifs définis dans la feuille de route nationale du numérique en santé 2023-2027.

Accompagner les structures et les professionnels dans la mise en place et l'usage d'outils performants répondant à leurs organisations et modes opératoires

- Poursuivre le déploiement, l'usage et l'accompagnement organisationnel des services et référentiels socles (MSS, DMP et INS), **développer l'usage de Mon espace santé** par les professionnels et mettre en place le **bouquet de services aux professionnels** leur permettant d'accéder simplement à une multitude de services existants (Amelipro, Web PS DMP, commande de carte CPS…).
- Renforcer la **mise en place et l'usage d'outils métiers performants**, notamment via les programmes nationaux et régionaux de financement ou d'accompagnement à la mise en place tels que **les programmes de financement** des ES et des ESMS (HOP'EN, SUN-ES, ESMS numérique…), le dossier de coordination de cancérologie, les services partagés régionaux en imagerie médicale (S-PRIM), le SI SMUR, les outils de gestion des lits, la numérisation de l'anatomocytopathologie en déployant des systèmes de gestion de laboratoires et d'imagerie (SGL, SGI), les outils de la chaîne de facturation-recouvrement (programme SIMPHONIE), les portails établissements, les outils permettant de faciliter les épisodes de tensions sur le système de soins.
- Accompagner les professionnels de santé pour une meilleure **formation** à leurs outils numériques et pour qu'ils s'approprient (ainsi que leurs patients) les enjeux du numérique.
- Développer la mise en place de clubs utilisateurs pour mieux faire évoluer les outils en fonction des **attentes des usagers.**
- Accompagner le déploiement de **l'appli carte Vitale (apCV) et de l'ordonnance numérique.**
- Déployer une **infrastructure très haut débit** sur l'ensemble du territoire supportant l'usage des nouveaux outils numériques (notamment via le projet ROSES).

Proposer une offre de services numériques de coordination cohérente

- Renforcer le déploiement de la **nouvelle solution régionale e-Parcours** (remplaçant assurant la continuité de la solution Terr-eSanté) tout en développant son interopérabilité avec les services socles (DMP notamment) et prenant en compte davantage de parcours prioritaires.
- Accompagner le déploiement et les usages du futur **SI des dispositifs d'appui à la coordination.**
- **Renforcer l'outillage SI des CPTS et des équipes de soins primaires/ exercice coordonné.**
- Renforcer l'**interopérabilité** des outils régionaux entre eux, avec les services socles et avec les solutions du marché, en fournissant des demi-interfaces standardisées.
- Renforcer le recours à la **téléexpertise** en développant des filières régionales d'experts.

Rendre plus lisible l'offre existante et faciliter l'orientation des patients

- Finaliser la description de l'offre de santé du territoire dans le **ROR** (notamment auprès des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux) et accompagner l'ensemble des acteurs afin d'assurer une actualisation fréquente ainsi qu'une bonne qualité des données.
- Fournir, à partir des référentiels existants, une **information précise et à jour pour les professionnels de santé et le grand public**, notamment via des outils régionaux, comme Santégraphie et Maillage (en ayant une approche par besoin), et nationaux, comme Santé.fr.
- Renforcer l'usage de **ViaTrajectoire** et accompagner le déploiement de son interopérabilité avec les dossiers usagers informatisés pour faciliter les orientations.

Poursuivre le repositionnement des patients/usagers au centre de leur parcours de soins grâce à des outils numériques davantage inclusifs, éthiques et sobres

- Renforcer l'accès du patient à ses données médicales et le rendre acteur de sa santé via le développement de l'usage de **Mon espace santé** (favorisant ainsi une prévention ciblée).
- Renforcer l'**inclusion numérique** auprès des publics les plus éloignés du numérique (personnes moins favorisées, à plus faible littératie, en précarité sociale et/ou sanitaire). Des travaux spécifiques doivent être menés en direction des personnes relevant de l'AME ou en situation de droits incomplets ou absents, afin de mettre en place des passerelles spécifiques (lien avec le PRAPS).
- S'assurer que le déploiement d'outils et solutions numériques ne crée pas d'exclusion dans l'accès aux droits et services de santé.
- Développer les **échanges entre les patients et leur cercle de soins** (notamment via l'application mobile de la future solution e-Parcours) et avec des groupes d'échanges thématiques (via une messagerie instantanée sécurisée).
- Renforcer les actions en faveur de **l'éthique** dans le numérique en santé, en lien avec les travaux nationaux en cours, et prendre davantage en compte les **enjeux environnementaux.**

Faciliter l'accès aux soins et le maintien à domicile

- Améliorer la pertinence et l'usage de la **télésanté**, dans toutes ses dimensions : téléconsultation, télésurveillance, télésoins, notamment dans les zones sous-denses en professionnels de santé et pour les personnes souffrant d'affections de longue durée (ALD). Il conviendra également de favoriser l'accès à télémédecine pour les personnes en situation de détention.
- Accompagner le déploiement du service d'accès aux soins **(SAS).**

Améliorer le recueil, la structuration et la mobilisation des données de santé présentes au sein des outils mis à disposition de l'écosystème

- Améliorer l'identification, le **recueil** (via une meilleure prise en compte du consentement patient), le **stockage** (via la création d'entrepôts de données, en articulation avec les travaux nationaux sur le sujet) et l'**exploitation** (via des outils de « data science » dédiés) des données pertinentes, tout en améliorant la **protection** de celles-ci (via des délégués à la protection des données).
- Permettre l'**interopérabilité** des bases de données (grâce à la standardisation des données).
- Mettre en place une **gouvernance** régionale des données de santé avec les acteurs de l'écosystème.
- Renforcer l'usage de la donnée dans une logique d'**évaluation des politiques publiques** de santé, ainsi que dans le pilotage et la prise de décision, tant au sein des établissements qu'au sein de l'ARS.

Développer une logique partenariale dans le numérique en santé à la fois auprès d'instances institutionnelles (locales ou régionales) et du secteur privé

- Augmenter la **capacité de financement** des appels à projets grâce aux partenariats entre plusieurs acteurs institutionnels (ARS, Caisse des dépôts, conseil régional, conseils départementaux…).
- Renforcer la coopération entre les acteurs publics et privés de l'innovation et du numérique en santé.
- Renforcer et promouvoir les actions de **mutualisation** d'outils et/ou de pratiques avec les autres régions.
- Impulser la coopération entre les instances aux niveau local et régional via la **médiation numérique.**

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Une implication des directions en établissement via l'inclusion systématique d'un volet numérique dans les **contrats** ARS/établissement et les objectifs fixés par l'ARS aux directions.
- La poursuite de l'**accompagnement des professionnels** au déploiement et à l'usage des référentiels et services socles nationaux (Mon espace santé, DMP, MSS, INS, ROR) ainsi que des outils numériques nationaux ou régionaux (solution e-Parcours, ViaTrajectoire, VigilanS…).
- Un accompagnement de l'ARS et du GIP SESAN (service numérique de santé) vis-à-vis de l'écosystème régional centré sur les projets issus de la stratégie nationale du numérique en santé et sur des thématiques où le marché n'est pas encore mature.
- Une **animation territoriale** des sujets numériques, au plus près des professionnels, par le biais des directions départementales de l'ARS, des CPAM, du GIP SESAN et des relais numériques de proximité.

- Faire la promotion des outils plébiscités par le terrain au travers de **retours d'expérience** lors de communications ou d'événements institutionnels (comme, par exemple, les applications grand public consommant les données du ROR et motivant ainsi son peuplement).
- Une **logique partenariale** renforcée avec l'ensemble des acteurs numériques institutionnels franciliens permettant un alignement régional des politiques publiques en matière de numérique en santé.
- Le recrutement et la formation de médiateurs numérique et d'ambassadeurs « Mon espace santé ».
- Renforcer la place des programmes d'accessibilité aux outils et à la facilitation des usages.

Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité

Mobiliser les professionnels et les usagers pour améliorer la qualité et la pertinence des soins

Diagnostic et enjeux

La **progression de la qualité des prises en charge repose sur l'amélioration de deux dimensions incontournables que sont la sécurité et la pertinence des soins**. Pour ce faire, il importe de mobiliser l'expertise des professionnels de terrain. Par ailleurs, Il est aussi nécessaire de **prendre davantage en compte l'expérience du patient** pour le rendre acteur de son parcours de santé. Dans les situations de vulnérabilité que connaissent les plus jeunes, les plus âgés, les plus handicapés et les plus malades d'entre nous, une réflexion éthique peut être engagée, selon une approche collective, afin de déterminer comment agir au mieux dans le respect des personnes.

Entre 255 000 et 470 000 événements indésirables graves évitables annuels surviennent en établissements de santé ou sont à l'origine d'une hospitalisation, parmi lesquels près de 41 % sont associés à un produit de santé et 23 % à une infection associée aux soins. Plus de 10 000 décès par an seraient liés à une erreur médicamenteuse ou un effet indésirable. Les personnes âgées constituent une population fortement touchée par ce phénomène : 10 à 20 % des hospitalisations des 75 ans et plus sont liées à la iatrogénie médicamenteuse (notamment à la polymédication), et ce pourcentage passe à 25 % chez les 85 ans et plus.

Si la **culture de gestion des risques est désormais bien implantée à l'hôpital, elle doit être mieux diffusée en ville et dans le secteur médico-social**, où ces enjeux d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge sont devenus très présents[52].

La **pertinence** des pratiques professionnelles permet donc, elle aussi, d'améliorer la qualité et la sécurité des patients et de limiter les dépenses évitables (actes redondants ou inutiles) pour la collectivité. Son renforcement se heurte à l'organisation cloisonnée de notre système de santé. Une **meilleure coordination des acteurs lors du parcours du patient permettrait d'éviter gaspillage et actes inutiles**.

52 Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - Validé par la CSMS de la Haute Autorité de santé le 8 mars 2022.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins **(IRAPS) contribue à l'amélioration de la pertinence des soins** dans la région ; elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé/patients autour de cette démarche. L'IRAPS est notamment consultée sur le projet du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), arrêté pour quatre ans, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- Favoriser, au niveau territorial et de manière décloisonnée, l'appropriation de la culture de qualité et pertinence des soins par les professionnels de santé (rôle de l'IRAPS).
- Informer les patients et usagers sur la qualité et la pertinence des soins pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et de faire évoluer leur perception et leur comportement.
- Renforcer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours entre soins de ville, établissements, services médico-sociaux et prise en charge à domicile : faciliter la communication et les échanges.
- Apporter un appui méthodologique aux professionnels et aux usagers, en lien avec les partenaires, notamment le réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA).
- Soutenir/favoriser une démarche pluriprofessionnelle en cas de questionnement éthique face à une situation singulière ou complexe.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

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

Promouvoir une démarche porteuse de sens pour les professionnels de santé au cœur de la démarche

Pour cela, il s'agira de proposer des priorités en lien direct avec le cœur de métier des soignants. Il conviendra de **s'appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes** pour **multiplier les relais de diffusion** des recommandations auprès de professionnels de santé, de déployer des **outils numériques d'aide à la décision médicale**, de proposer des formations initiales et continues qui intègrent la qualité, la gestion des risques et la pertinence des soins. Il s'agira d'évaluer et améliorer les pratiques professionnelles, notamment en s'appuyant sur la dynamique professionnelle initiée au sein de l'IRAPS.

Informer les patients et usagers sur la qualité et la pertinence des soins pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et de faire évoluer leur perception et leur comportement : sur le modèle des campagnes américaines et canadiennes « Choosing Wisely » (choisir avec soin)

- À titre d'illustration, dans la prise en charge de la personne âgée, il s'agit d'aider les acteurs du soin (médecins, pharmaciens, aidants, etc.) et les patients à engager des conversations sur l'utilisation excessive de médicaments et d'actes médicaux, et de soutenir les efforts de ces professionnels pour aider les patients à faire des choix pertinents en intégrant leur parole et leur environnement socio-économique (habitat, professionnel, familial, etc.) à chacune des phases du parcours, au travers de l'éducation thérapeutique du patient.
- Dans le champ de l'imagerie, il s'agit notamment de mieux informer les patients sur les risques liés à une surexposition aux rayons X. Pour cela, il convient de veiller à ce que les comptes rendus d'imagerie précisent le rayonnement lié à l'acte d'imagerie réalisé et d'améliorer la qualité de ceux-ci pour qu'ils soient personnalisés et pertinents et qu'ils s'inscrivent dans une démarche de véritable service médical rendu.

Poursuivre, au niveau territorial et de manière décloisonnée, le développement de la culture de la sécurité et de la gestion des risques en mettant l'accent sur la prévention, la déclaration et la gestion des événements indésirables associés aux soins

Les **retours d'expérience** constituent un outil essentiel et leur mise en place est un pas important vers une culture de la sécurité. Le développement collectif d'une culture de l'évaluation sera soutenu (notification de meilleure qualité, participation active aux analyses de dysfonctionnement, définition et mise en œuvre des actions à mener). Les structures régionales de vigilance et d'appui seront mobilisées à cette fin, en appui aux établissements, aux professionnels et aux usagers, et dans une approche territoriale plutôt que dans des situations centrées sur l'hôpital.

Renforcer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours entre soins de ville, établissements, services médico-sociaux et prise en charge à domicile

- **Faciliter la communication et les échanges** (dossiers patients de coordination, lettres de liaison à la sortie, conciliation médicamenteuse, réunions de concertation pluridisciplinaire associant les radiologues pour sécuriser le partage d'information aux points de transition du parcours de soins du patient) entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient afin d'améliorer la coordination de tous les acteurs du parcours de soins (médicaux, paramédicaux, administratifs, etc.), notamment autour du domicile.
- **Informer les équipes de la possibilité d'initier une démarche éthique** dans leur choix de prise en charge en cas de situations complexes (conditions socio-économiques, handicap, troubles cognitifs, isolement, soins palliatifs…).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

AXE 4

Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

Les ressources humaines en santé (RHS) constituent un sujet d'attention prioritaire pour l'Agence régionale de santé Île-de-France au regard des **tensions que connaissent les soins de ville et les établissements** (tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social), tensions qui fragilisent aujourd'hui l'offre de soins et d'accompagnement.

La crise sanitaire a davantage accentué ces tensions, mettant à mal la capacité du système de santé à répondre aux besoins de santé de la population.

Certes, la mise en place des mesures issues du **Ségur de la santé** a constitué un des leviers permettant de lutter contre ces tensions en ressources humaines (RH) en mettant en place des **mesures d'attractivité et de fidélisation**.

Il en va de même de la mise en œuvre, en 2022, des **mesures issues de la mission flash portant sur les soins urgents et non programmés,** puis des **mesures ministérielles portant plus globalement sur les tensions en ressources humaines,** qui toutes témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'actionner rapidement des dispositifs de soutien organisationnel et financier afin de garantir une réponse aux besoins de santé de la population.

Pour autant, ces tensions perdurent et s'aggravent. Les problématiques de démographie des professionnels de santé continuent d'exister à la fois en **densité par rapport aux besoins** de la population à couvrir, et en termes de **répartition** entre les différents territoires franciliens.

Les projections démographiques font en effet apparaître que la **densité de médecins**, actuellement en baisse, **va continuer à diminuer jusqu'aux années 2030**, avant d'amorcer une nette remontée. L'Île-de-France présente également une densité inférieure à la moyenne nationale en médecins généralistes, en infirmiers et en sages-femmes. **Plus de 62 % de la population francilienne vit dans un territoire très sous-doté** en médecins généralistes (ZIP) et près de 38 % dans un territoire sous-doté (ZAC). Ces chiffres sont les plus élevés de France, d'où le paradoxe de l'Île-de-France, identifiée comme représentant le premier désert médical français.

Par ailleurs, l'Île-de-France fait face à un **vieillissement de ces professionnels de santé**, notamment médicaux. Les nouveaux arrivants ne permettent pas, pour certaines professions, de compenser les départs en retraite des cinq prochaines années.

Compte tenu du temps nécessaire pour former un médecin, l'augmentation du capacitaire de formation médicale ne peut constituer l'unique réponse et ne garantit pas, à elle seule, une répartition équitable entre les différents territoires.

Les solutions pour garantir un meilleur accès aux soins devront parallèlement s'appuyer sur les **formations des filières paramédicales et éducatives**, qui permettent de disposer de professionnels supplémentaires plus rapidement opérationnels sur le terrain que les professions médicales. Elles devront également porter sur des **actions d'organisation des soins** (répartition des missions entre ville et hôpital, élargissement des compétences des professionnels paramédicaux…) et sur les conditions d'exercice pour **optimiser le temps des professionnels de santé.** Enfin, les **incitations** seront à renforcer pour encourager ces professionnels à se positionner sur les territoires où l'offre de soins est la plus déficitaire.

L'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement ainsi que la fidélisation des professionnels qui s'y engagent constituent les enjeux sur lesquels l'ARS Île-de-France s'emploiera à intensifier ses actions, portées par le schéma régional de santé, **en lien étroit avec les principaux partenaires** intervenant sur ces sujets (conseil régional, universités, Éducation nationale, Unions régionales des professionnels de santé, ordres professionnels, syndicats professionnels, Assurance maladie, DRIEETS (Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités), Pôle emploi, collectivités…).

Il s'agira pour l'ARS d'augmenter l'ensemble des ressources humaines en santé, toutes professions et filières confondues, en **accentuant les efforts sur les métiers de la santé mentale, de la périnatalité, de la pédiatrie ainsi que de la médecine générale.**

La **diversification des profils sociaux des étudiants s'orientant vers les métiers de la santé** sera aussi un objectif important pour ces prochaines années et un levier majeur pour la réduction des inégalités territoriales.

Ces enjeux s'inscrivent également pleinement dans le cadre de la concertation territoriale menée en Île-de-France, telle que souhaitée par le ministre en charge de la santé à l'occasion du Conseil national de la refondation (**CNR**) en santé, permettant d'envisager des solutions locales en réponse aux besoins des territoires, et d'engager l'ensemble des partenaires locaux dans leur mise en œuvre.

L'évaluation des dispositifs sera systématiquement mise en œuvre.

Cinq types d'actions sont ainsi privilégiés et visent à :

- connaître et anticiper les tensions en ressources humaines en santé (RHS) (cf. fiche 4.1) ;
- renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle (cf. fiche 4.2) ;

- former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières (cf. fiche 4.3) ;
- soutenir l'engagement des professionnels de santé (cf. fiche 4.4) ;
- disposer de leviers opérationnels efficaces pouvant être actionnés en période de tensions RH (cf. fiche 4.5).

AXE 4 | Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

EN BREF

Enjeu prioritaire de réduction des tensions sur les ressources humaines en santé et de renforcement de l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social. Des fiches actions pour :

- **Connaître et anticiper les tensions en ressources humaines en santé**
- **Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle**
- **Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières**
- **Soutenir l'engagement des professionnels de santé**
- **Disposer de leviers opérationnels efficaces pouvant être actionnés en période de tensions RH**

MESURES CLÉ

#Attractivité

- Augmenter les bénéficiaires de contrats d'allocation d'études (CAE), de contrats d'engagement de service public (CESP) dans les zones déficitaires et/ou les spécialités en tension et les élargir à de nouvelles professions
- Poursuivre les aides à l'installation dans les zones sous-denses

#Universitarisation

Poursuivre, conjointement avec la conférence des doyens d'Île-de-France, l'universitarisation de plusieurs sites hospitaliers de grande couronne (en particulier le centre hospitalier sud-francilien et l'hôpital NOVO), et l'universitarisation des formations paramédicales

#RenfortsRH

Mettre en œuvre des dispositifs visant à augmenter les ressources mobilisables en période de tension (ex. : pool de renfort de crise, renforcement du rôle des CPTS dans les situations sanitaires exceptionnelles, outil de mise en relation entre établissements et professionnels…)

#Attractivité_IDE

IDE

Renforcer le nombre d'infirmières en pratique avancée (IPA), d'infirmières Asalée et donner aux IDE un périmètre élargi d'activités

#MédecinTraitant

Diversifier les terrains de stage pour les étudiants et développer notamment les stages dans les structures de ville

#LogementsDesSoignants

Mobiliser 75 millions d'euros pour cofinancer des dispositifs visant à créer des logements dédiés aux soignants

Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

EXEMPLES D'ACTIONS DÉPARTEMENTALES ISSUES DU CNR SANTÉ SÉLECTIONNÉES EN LIEN AVEC LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

1. Accompagner des NEET (jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation) issus des QPV en apprentissage vers le métier d'aide-soignant (Seine-Saint-Denis – 93).
2. En lien avec les objectifs de prévention de l'axe 1 du présent schéma : proposer à des étudiants en santé des emplois sur la prévention et promotion de la santé, suite à leur service sanitaire, sur des sujets prioritaires pour le département : sensibilisation à la vaccination HPV auprès de parents et d'enfants, ateliers prévention dans des centres d'hébergement d'urgence sur des thèmes identifiés lors du service sanitaire (Paris – 75).
3. Faire de la santé des soignants une priorité du département de Seine-et-Marne en déployant un plan d'action territorial partagé entre acteurs de santé du territoire avec l'association de la CPAM, de l'université Paris Est Créteil et de l'ensemble du réseau 77 des collectivités engagées en santé (Seine-et-Marne – 77).

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 22	**Évolution du nombre de contrats d'allocation d'études (CAE) et de contrats d'engagement de service public (CESP)**	**2022** 538 CAE 51 CESP	900 CAE 71 CESP
Indicateur 23	**Évolution du nombre de postes partagés entre ville et hôpital et entre CHU et hors CHU (en chiffres annuels)**	**2022** Assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé : 121 Médecins spécialistes : 23 Médecins généralistes : 12	Assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé : 140 Médecins spécialistes : 35 Médecins généralistes : 20
Indicateur 24	**Évolution de la densité des professionnels de santé et projections à moyen terme**	**2022** 2 337 professionnels de santé / 100 000 habitants	2 500 professionnels de santé / 100 000 habitants
Indicateur 25	**Part des installations en zone sous dense (ZIP) parmi l'ensemble des installations pour les spécialités de 1er recours**	**2020** 31 %	62 %
Indicateur 26	**Nombre de soignants entrant dans un logement co-financé par l'ARS (annuel et cumul depuis 2023)**	**2022** 12 soignants	2 000 soignants

Connaître et anticiper : l'Observatoire régional des ressources humaines en santé

Diagnostic et enjeux

Piloté sous l'égide de l'ARS, en lien avec les partenaires institutionnels et les fédérations, l'Observatoire régional des ressources humaines en santé a pour objectif, depuis 2019, de réaliser des diagnostics relatifs aux ressources humaines en santé, de la formation à l'exercice, tant dans le secteur sanitaire que médico-social.

Les **objectifs** de cet observatoire sont les suivants :

- la **formalisation de préconisations** sur la base des études réalisées pour les étudiants en santé en formation, ainsi que les professionnels de santé en exercice ;
- la **réalisation de simulations et de projections** des ressources humaines en santé, permettant d'asseoir et d'objectiver les propositions de capacitaires des études de santé MMOP (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie) et quotas de formations des filières paramédicales soumises au niveau national ;
- **l'identification des points de blocage au remplissage des formations** médicales et paramédicales, mais également celle relative aux taux d'**abandon des étudiants en cours de formation,** et la formalisation de préconisations visant à faire évoluer la situation constatée ;
- la formalisation de **propositions dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux et paramédicaux ;**
- la formalisation de **propositions permettant de favoriser l'attractivité** des établissements de santé et établissements/services médico-sociaux (PA/PH/PDS).

Il s'agit ici d'éclairer la prise de décision permettant à tout Francilien d'accéder à une offre de soins et d'accompagnement quels que soient sa situation sociale et son territoire de vie.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

En tenant compte des besoins de santé de la population actuelle et à venir, l'Observatoire régional devra être en capacité d'**affiner l'objectivation des besoins de formation des professionnels médicaux et paramédicaux**.

Les études de démographie médicale et paramédicale menées par l'Observatoire régional permettent d'**identifier les professions en tension actuellement et dans les cinq années à venir**.

Le croisement des analyses des entrants et des sortants dans la profession, des taux de fuite et également des critères de capacitaire de formation et d'évolution de la population francilienne à cinq ans permettront de **réaliser des projections et de proposer des actions visant à appuyer ou à accompagner le recrutement dans les établissements de santé, médico-sociaux et en ambulatoire.**

Pour ce faire, les données disponibles auprès des différents partenaires de l'Observatoire seront mobilisées et analysées **selon un programme de travail partagé par les partenaires institutionnels, les fédérations et les représentants des usagers**.

Les difficultés identifiées pour augmenter les capacités de formation doivent être collectivement prises en compte afin d'être levées pour permettre d'**atteindre un capacitaire de formation répondant au besoin**.

Le travail sur le capacitaire de formation doit être un **travail sur le déroulé de la formation et les conditions favorisant la réussite des étudiants** ; il doit être conduit en parallèle des travaux sur le capacitaire visant à obtenir l'augmentation attendue du nombre de diplômés.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

La composition de l'Observatoire doit être élargie au regard des ambitions et de ce **nouveau périmètre.**

Deux types d'études seront menées.

- **Des études quantitatives à partir des bases de données**
  - Répertoire partagé des professionnels de santé et Automatisation des listes (Adeli qui va devenir RPPS (Répertoire partagé des profes-

sionnels intervenant dans le système de santé))

– Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM)

– Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

– Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

– Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIEETS pour la diplomation)

– Bases internes à l'Agence

– Réalisation d'enquêtes

– Tableau de bord de la performance médico-sociale

- **Des études qualitatives**, comme par exemple des études sur les **retours d'expérience** qui fonctionnent sur un territoire et qui pourraient être mises en application dans d'autres territoires

Les travaux de l'Observatoire devront **inclure les évolutions des métiers, les évolutions des besoins de la population et donc des compétences attendues pour demain** dans les métiers des secteurs d'activité concernés.

L'exploitation de ces différentes bases de données permettra aux différents acteurs travaillant sur les données de santé (ARS, fédérations hospitalières, URPS, établissements…) de disposer des indicateurs (densité, variation des effectifs, taux de fuite, taux d'activité…) par type de professions de santé et par structure. Ces analyses, indispensables aux diagnostics, seront un **préalable à l'identification des besoins de santé et la réalisation de projections**. Ainsi, l'ensemble de ces données et de ces indicateurs permettront d'**être force de proposition tant pour les recensements des quotas de formation que pour la mise en place d'actions d'attractivité et de fidélisation,** selon les problématiques spécifiques des professions de santé exerçant en ville et dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces propositions tiendront compte des besoins et spécificités de santé et d'accompagnement des Franciliens.

L'ensemble de ces données et des indicateurs co-construits permettront d'**accompagner les différents partenaires sur les champs des RHS**.

L'Observatoire régional publiera régulièrement les productions réalisées avec les partenaires, mettant ainsi à disposition de toutes les parties prenantes un **tableau de bord de la démographie des professions de santé en Île-de-France**.

Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle

Diagnostic et enjeux

L'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social est un enjeu prioritaire pour l'ARS Île-de-France pour réduire les tensions existantes sur les ressources humaines en santé (RHS).

Deux types d'actions sont ainsi envisagés :

- **poursuivre le déploiement des actions de valorisation et de sensibilisation aux métiers de la santé et de l'accompagnement.** Ces actions viseront à promouvoir les formations et les métiers. Elles devront permettre la mise en place de stratégies différenciées selon le niveau de qualification recherché, en vue d'augmenter les viviers de candidats et d'apporter un appui aux établissements recruteurs ;
- prolonger l'accompagnement des actions et réflexions engagées visant à **accompagner les étudiants en santé** en vue de faciliter leur exercice professionnel et leur insertion professionnelle en ville et à l'hôpital.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Dans le contexte de tensions sur les ressources humaines en santé (RHS) et de pénurie de professionnels formés, les **actions de sensibilisation** et de valorisation des métiers de la santé et de l'accompagnement **devront viser un public très large** :

- **élèves et étudiants** niveaux collège, lycée, mais également université et école dans le cadre de possibles réorientations universitaires (passerelles) ;
- personnes en **reconversion professionnelle** ;
- personnes **en recherche d'emploi** ;
- personnes **éloignées de l'emploi** ;
- **professionnels en exercice souhaitant faire évoluer** leurs pratiques ou leur statut.

Ces actions seront menées au niveau national, régional et local par **les**

acteurs de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'emploi et de l'insertion, en lien étroit avec les **établissements de santé,** les établissements du **secteur social et médico-social, les universités,** les unions régionales des professionnels de santé **(URPS) et les organismes de formation.** Ces actions de sensibilisation pourront être complétées, pour les postes moins qualifiés, par des propositions de recrutement accompagnées d'un parcours de formation courte, préalable ou simultanée à l'entrée en fonction.

L'objectif est, d'une part, de **pouvoir alimenter des viviers** de professionnels ou futurs professionnels au profil et niveau de qualification variés, prêts à s'investir dans les secteurs visés ; d'autre part, de proposer et d'**accompagner ces derniers dans des parcours** qui correspondent au mieux à leurs attentes et répondent aux besoins de l'offre de soins et d'accompagnement au sein des territoires. L'intervention de l'Agence vise à la fois les professionnels ou futurs professionnels, mais aussi les employeurs dans leurs démarches de recrutement.

Un **accompagnement des étudiants en formation** en vue de leur début d'activité professionnelle, incluant les partenaires institutionnels régionaux et en lien notamment avec l'université, devra se poursuivre par le biais d'actions visant à soutenir toute initiative permettant d'**encourager l'ancrage** du professionnel formé, à l'issue de sa formation, **sur le territoire francilien et/ou l'accompagner lors de son installation** et insertion au sein d'un territoire. La stratégie territoriale d'universitarisation finalisée au début du PRS, conjointement avec la Conférence des doyens de santé d'Île-de-France, permettra d'enrichir les propositions de formation et de carrière, y compris hospitalo-universitaires, sur les territoires ne disposant pas d'unité de formation et de recherche (UFR) santé.

Les jeunes professionnels sont en outre plus susceptibles de commencer à exercer dans les territoires qu'ils connaissent, soit parce qu'ils en sont originaires, soit parce qu'ils les ont découverts lors de leurs études, en particulier à l'occasion des **stages**. Dans le respect de ses compétences et en lien étroit avec les institutions en charge de la formation, l'Agence se mobilisera pour que l'**offre de formation**, à la fois théorique et pratique, soit **répartie sur l'ensemble du territoire**. Cette offre doit permettre à chaque jeune de pouvoir accéder aux études de santé sans contrainte excessive liée à l'éloignement et quelle que soit son origine sociale. Elle doit également garantir à chaque étudiant qu'il aura l'occasion, au cours de ses études, d'appréhender toute la variété des territoires et modes d'exercice possibles en Île-de-France.

Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

La promotion des formations et des métiers des secteurs sanitaire et médico-social devra se poursuivre par le biais de campagnes de communication nationales et/ou régionales, en lien avec les partenaires.

La participation à des forums, journées portes ouvertes, réunions d'information, interventions en milieu scolaire, ainsi que la qualité et l'exhaustivité des informations proposées et demandées aux candidats sur Parcoursup participeront à rendre visibles ces métiers et formations afin d'attirer un large public vers ces secteurs d'activité. Un travail ciblé sur les étudiants susceptibles de se réorienter pendant leur formation devra rendre plus visibles les possibilités de passerelles qui leur sont accessibles.

Pour les métiers les moins qualifiés, **la valorisation des dispositifs permettant les réorientations professionnelles et les parcours vers l'emploi** (formations préalables, accompagnement vers l'emploi, insertion) se poursuivra en lien avec les acteurs locaux concernés.

Dans le cadre de la convention de partenariat Pôle emploi - ARS, **l'appui au recrutement des établissements** médico-sociaux des secteurs personnes âgées (PA), personnes en situation de handicap (PH) et personnes en difficultés spécifiques (PDS) sera poursuivi, en favorisant les actions au plus près des territoires.

S'agissant du secteur médico-social PA/PH, **la coopération avec les plateformes des métiers de l'autonomie sera recherchée** pour intensifier les recrutements et la fidélisation des professionnels. **S'agissant des métiers de la santé publique** (dont le secteur médico-social PDS), l'enjeu sera en particulier de **faire découvrir des métiers parfois moins connus**, notamment aux étudiants en santé.

Pour les professionnels médicaux, le constat du manque d'attractivité des carrières, y compris hospitalo-universitaires, est largement partagé. Les initiatives visant à favoriser l'attractivité de ces filières et à construire des **propositions correspondant aux attentes des jeunes praticiens** seront activement soutenues (ex. : mise en place de postes partagés, promotion de l'exercice coordonné, mobilité au cours de la carrière…) en lien avec les besoins spécifiques de chaque territoire.

L'ARS, en partenariat avec l'Assurance maladie, continuera à travailler avec les élus locaux pour soutenir les solutions existantes en matière d'accès aux soins dans une logique de coopération territoriale, afin d'éviter toute concurrence délétère à l'accès aux soins.

La collaboration étroite entre l'ARS et l'Assurance maladie se poursuivra pour promouvoir les dispositifs conventionnels existants (contrats démographiques, IPA, assistants médicaux) afin de travailler sur l'attractivité des métiers et des zones d'intervention. Le soutien à l'exercice coordonné sera aussi l'une de leur action commune pour renforcer la coopération entre les acteurs. S'agissant des futurs et jeunes diplômés, l'ARS continuera de **soutenir le dispositif régional visant à proposer des contrats d'allocation d'études (CAE)** pour des formations conduisant à des diplômes permettant l'exercice de professions en tension. Outre la communication effectuée sur le site de l'ARS portant sur ce dispositif régional, une **communication préalable au lancement de chaque campagne d'appel à projets s'effectuera auprès des établissements, instituts de formation et représentants des étudiants,** afin de rendre davantage lisible ce dispositif régional auprès des territoires, des secteurs d'activité concernés et de l'ensemble des publics visés. Cette communication sera conduite en partenariat avec les fédérations des différents secteurs d'activité. Cette réflexion sera également l'occasion d'une discussion entre les différents employeurs sur les conditions proposées par les établissements de façon individuelle, afin de prévenir les risques induits par ces multiples propositions faites aux étudiants.

Des actions de communication ciblées auprès des étudiants en santé devront être réfléchies (par exemple sous forme de forums, journées portes ouvertes, interventions en milieu scolaire, réseaux sociaux…), **formalisées et mises en œuvre**, afin, d'une part, d'informer ces derniers, tout au long de leurs études, des perspectives professionnelles qui s'offrent à eux en Île-de-France, et d'autre part, **de les mettre en relation avec des offreurs de soins du territoire** pour des vacations ponctuelles pendant leurs études, voire plus si l'opportunité se présente. Il s'agit là d'utiliser au mieux les possibilités réglementaires qui permettent aux étudiants en santé de commencer à travailler dans le domaine de la santé sous forme de vacation dès leur formation initiale, et de favoriser ensuite un ancrage territorial dès le début de leur exercice professionnel.

L'ARS entend **accompagner la valorisation de toute initiative, au niveau local, visant à identifier et lever les freins à l'installation et à promouvoir localement des parcours professionnels** adaptés aux attentes des futurs professionnels des territoires (ex. : soutien de l'ARS aux URPS pour mettre en œuvre ce type d'initiatives, mise en place des guichets uniques pour les professionnels, soutien aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), développement des actions en facteur de la qualité de vie au travail).

Elle entend également accompagner **la mise en œuvre au niveau de la région de dispositifs, prévus par le cadre réglementaire, favorisant l'installation dans les zones déficitaires de la région ou dans une spécialité en tension, que ce soit en ville** (ex. : contrat d'engagement de service public - CESP) **ou en établissement public de santé** (ex. : primes d'engagement dans la carrière hospitalière, prime d'exercice territorial). En particulier, l'ARS proposera au ministère en charge de la santé de **faire évoluer le critère sur le niveau de formation nécessaire pour être éligible au CESP,** en vue de permettre au futur professionnel ayant bénéficié de ce dispositif de pouvoir disposer d'un temps d'engagement suffisant lui permettant un ancrage professionnel au sein d'un territoire. Le but est **d'augmenter le nombre d'étudiants bénéficiaires,** dont les projets professionnels doivent répondre précisément aux objectifs d'accès aux soins dans les spécialités ou les territoires déficitaires. Le CESP est actuellement proposé en médecine générale et odontologie, **l'intégration d'autres spécialités très déficitaires au sein de ce dispositif** pourrait constituer un levier efficace pour garantir l'accès aux soins.

L'enjeu de l'évaluation de l'efficacité de ces dispositifs sera à traiter pour concentrer les interventions sur les dispositifs permettant effectivement l'installation sur le long terme des professionnels de santé.

Enfin, s'agissant des aides à l'installation, en lien étroit avec les partenaires compétents (Assurance maladie, URPS, collectivités, CPTS…), **la promotion du guichet unique** (associant ARS, Assurance maladie, ordres, CPTS, collectivités territoriales) **et la valorisation des actions mises en place au sein de protocoles établis avec les partenaires** (ex. : protocole URPS) se poursuivront dans le cadre des actions initiées à destination des professionnels et des échanges que l'ARS entend maintenir avec ces derniers (cf. axe 3).

Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières

Diagnostic et enjeux

La région Île-de-France représente une part importante de l'offre de formation proposée sur le territoire national à destination des secteurs sanitaire et médico-social (ex. : en 2021, pour la formation conduisant au diplôme d'État pour les infirmiers (IDE) : 20 %, pour la formation de 3e cycle en médecine : 17 %). Elle forme toutefois une **part significative de ressources médicales et paramédicales qui partent ensuite exercer dans d'autres régions**. Elle connaît ainsi des taux de fuite importants. À titre d'exemple, le taux de fuite des diplômés IDE hors Île-de-France est de 23 % cinq ans après l'obtention du diplôme et de 13 % l'année même de la diplomation. En janvier 2022, 33 % des médecins généralistes diplômés en Île-de-France exercent en dehors de la région.

Ce constat s'applique pour l'offre de soins et d'accompagnement, malgré une diversité d'activités et de types de structures, ayant pour certaines un rayonnement international. Pour autant, ces structures rencontrent des difficultés à fidéliser les professionnels au sein de leurs équipes.

Au regard de ces constats, **l'enjeu est ici de former suffisamment de professionnels et de les fidéliser** afin de faire face aux départs de professionnels et à l'évolution des besoins de la population francilienne.

S'agissant de la formation des professionnels à la prévention, au soin et à l'accompagnement, plusieurs enjeux portant sur le contenu de la formation sont visés, afin notamment de déployer des **méthodes d'apprentissage innovantes** (numérique, distanciel, simulation) en vue de faire bénéficier l'ensemble des étudiants des mêmes contenus de formations théorique et pratique, en équipe pluriprofessionnelle, et d'accompagner au niveau régional la mise en œuvre des différentes réingénieries de formations paramédicales. La formation pratique des étudiants en santé ou en formation sociale est également un enjeu majeur. **Le bon accueil et le bon accompagnement du stagiaire** doit favoriser l'ancrage de celui-ci au sein de la formation qu'il a choisi de suivre et, par la suite, son insertion professionnelle au sein de la structure où s'est déroulée sa formation pratique ou sur le territoire francilien. Des mesures concrètes seront déployées pour améliorer la qualité des terrains de stage et de l'encadrement proposé au stagiaire. Enfin, **l'universitarisation des formations** en santé est un atout pour l'attractivité de ces formations, en augmentant les possibilités d'évolution de carrière du futur professionnel de santé (poursuite ou reprise d'études, activité de recherche…).

Parallèlement à cet enjeu sur la formation, il est observé que **les professionnels en cours de carrière souhaitent pouvoir disposer** d'une plus grande souplesse dans le recours aux **différents types de mobilité (mobilité entre secteurs géographiques ou secteurs d'activité, mobilité entre modes d'exercice).** Il s'agit ici de poursuivre les différentes actions régionales et de les développer sur l'ensemble des secteurs d'activité. Ces propositions, actuellement centrées sur le début de carrière, pourraient être élargies à d'autres moments de la vie professionnelle, notamment la préparation de la cessation d'activité. La dernière période de l'activité professionnelle constitue sans doute un temps propice à un nouvel exercice, sur un temps et des modalités choisis, afin de tirer au maximum profit de l'expérience acquise par le professionnel tout au long de sa carrière. La diversification des modes d'exercice en établissement et entre établissement/ville est également un levier en vue d'attirer et de fidéliser des professionnels au regard des aspirations actuelles de ces derniers quant à leur mode d'exercice. De même, le développement de l'intervention de professionnels libéraux, professionnels d'autres établissements, voire bénévoles, au sein des établissements doit être pris en compte dans la réflexion menée sur les RHS.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

S'agissant de la formation des étudiants en santé et des internes

Il s'agit, d'une part, en articulation étroite avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales, de **poursuivre l'accompagnement des instituts de formation** dans la déclinaison et la mise en œuvre des différentes réingénieries de formations paramédicales, et favoriser ainsi une harmonisation régionale de la formation dispensée aux étudiants et élèves paramédicaux.

L'ARS contribuera dans ce cadre autant que de besoin, et considérant son champ de compétence, à la réflexion sur l'**universitarisation des formations en santé**.

Il s'agit, en outre, de **mener une réflexion globale sur les stages** en identifiant les évolutions possibles impactant, d'une part, le contenu et la qualité, la diversité des stages proposés aux étudiants en santé et, d'autre part,

l'accueil, l'encadrement des étudiants au sein des structures d'accueil et l'accessibilité de ces étudiants aux lieux de stage. La préparation aux stages dans le secteur médico-social (PA/PH/PDS) devra être particulièrement travaillée dans les organismes de formation, via des sensibilisations et informations sur ce champ en amont du premier stage.

Considérant la spécificité de la formation aux métiers de la santé nécessitant une maîtrise technique des gestes et organisations dans les soins prodigués au patient, **l'amélioration des méthodes d'apprentissage sera recherchée**. Les avancées technologiques proposent aujourd'hui des **outils de simulation de la réalité** très performants dont le secteur de la santé, et en particulier celui de l'enseignement en santé, peut désormais bénéficier. Cela permet à l'ensemble des étudiants en santé et internes d'aborder la prise en charge du patient avec les acquis cliniques et techniques nécessaires et de respecter ainsi le principe « jamais la première fois sur le patient ». La simulation permet ainsi de s'entraîner individuellement, mais aussi collectivement en équipe pluriprofessionnelle. Elle facilite l'appropriation des pratiques par la répétition des gestes et des activités ; elle vise à en assurer la maîtrise. Consciente de l'importance de ces nouvelles approches pédagogiques dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, et désireuse de soutenir les avancées technologiques, l'ARS Île-de-France mène depuis 2014 **une démarche de soutien à la simulation en santé qu'elle entend poursuivre en articulation avec les autres dispositifs de soutien existants**[53]. Elle s'attachera à ce que la formation via la simulation en santé soit également adaptée à la formation aux soins et à l'accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficultés spécifiques.

Aussi, en lien avec les objectifs de la feuille de route nationale du numérique en santé 2023-2027, l'ARS pourra promouvoir, auprès des responsables des formations de l'université ou des organismes formateurs, l'intégration de temps de formation sur les enjeux du numérique (RGPD, sécurité, droits des patients, télésanté, etc.).

Il est également important que l'ARS puisse promouvoir, auprès des organismes formateurs, l'intégration de temps de formation sur les enjeux de la lutte contre la maltraitance.

Enfin, comme pour d'autres secteurs d'activité, **la formation par l'apprentissage comme voie d'accès aux diplômes devra être développée pour les métiers des secteurs sanitaire et médico-social** (PA, PH, PDS). Une première étape visant un enjeu de communication sur les atouts de ce dispositif pour l'apprenti et l'employeur est à organiser avec l'ensemble des partenaires concernés, prioritairement auprès du public lycéen, des jeunes éloignés de

53 Exemples de dispositifs soutenus : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-07/AAP-resultats-formation-prof-simulation-en-sante-2019_1.pdf

l'emploi et auprès des employeurs. Une seconde étape consistera à faciliter les accès au parcours en apprentissage (en particulier, accès aux aides pour sécuriser le parcours de l'apprenti).

S'agissant de l'exercice des professionnels de santé

Avec un objectif de valorisation des compétences des professionnels de santé, **la promotion professionnelle demeure un levier à la main de l'employeur** qui lui permet de fidéliser le professionnel au sein de ses équipes. L'ARS Île-de-France valorisera ce dispositif au regard de ses objectifs et, notamment, identifiera avec les partenaires régionaux les points d'évolution du processus permettant un recours équitable à ce dispositif par les professionnels de santé, quel que soit l'employeur concerné. **L'ARS Île-de-France soutiendra les parcours professionnels** ; pour ce faire, dans le secteur médico-social, elle s'attachera à valoriser les montées en compétence des professionnels en poste de façon à préparer l'accès aux formations qualifiantes d'aide-soignant et d'infirmier et à limiter les échecs en cours de formation qualifiante. Elle pourra s'appuyer sur les formations existantes (exemple : préparation à la formation qualifiante d'aide-soignant) ou sur la formation d'agent de service hospitalier qualifié (ASHQ) qui permet aux ASH en poste auprès des personnes âgées de se former à la réalisation des soins de confort, d'hygiène et de bien-être de la personne âgée.

L'accompagnement de la mobilité entre secteurs d'activité et modes d'exercice est un objectif majeur au regard du contexte actuel des ressources humaines, avec l'idée que l'on n'exerce plus aujourd'hui toute sa carrière professionnelle de la même façon et au même endroit.

Dans ce contexte, l'ARS poursuivra deux types d'actions.

- **Des actions visant à proposer des postes géographiquement partagés.** Les différents dispositifs régionaux visant à favoriser l'exercice partagé pour les médecins entre deux établissements publics de santé (EPS) ou un EPS et un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), un établissement médico-social et un EPS, entre ville/hôpital quelle que soit la spécialité et entre la ville et l'université pour les travaux de recherche devront être poursuivis, favorisant le lien entre les différents types d'établissement et secteur d'activité, et participant ainsi à la réponse qui peut être proposée aux tensions RH que connaissent certains territoires.

Tout établissement, quelle que soit son activité (sanitaire, grand âge, handicap, structure de prévention, structure destinée au public à difficultés spécifiques, unité sanitaire en milieu pénitentiaire), doit pouvoir participer à ces dispositifs régionaux.

L'extension de ces postes partagés à des professions paramédicales sera étudiée, afin de permettre également à ces professionnels de travailler sur la même période au sein de deux structures différentes ou en établissements et en ville, autour de projets de soins communs et dans une logique de parcours patient.

Une réflexion régionale, portée par l'ARS en lien avec les partenaires régionaux institutionnels (notamment les CPAM), sera menée **sur l'accompagnement du recours à ces mobilités par les professionnels médicaux séniors,** dans le cadre de la valorisation de leur expérience professionnelle, pouvant contribuer à la prise en charge de populations vulnérables ou à une prise en charge hyperspécialisée.

- **Des actions visant à répondre aux souhaits des professionnels de santé sur leur mode d'exercice**. L'ARS est attentive à l'opportunité que peut représenter, pour un établissement, la capacité à proposer différents modes d'exercice aux professionnels de santé : intervention des libéraux en établissement (de façon habituelle ou ponctuelle en période de tensions RH), recours à des professionnels d'autres établissements, questionnements sur le recours à l'intérim dans le cadre des dispositions réglementaires plafonnant la rémunération. Elle participera aux différentes réflexions nationales, régionales et locales pouvant être menées sur ces sujets visant à **proposer un cadre attractif pour les professionnels de santé au sein de structures auxquelles ils ne sont pas rattachés.** Les conditions de réussite seront à définir précisément, afin que le recours à ces types d'exercice repose sur un financement raisonnable et équitable, ainsi que sur une organisation interne qui permette d'assurer la continuité des soins.

En parallèle de ces travaux sur le mode d'exercice, **l'agence poursuivra ses actions visant à promouvoir et accompagner le déploiement de différentes pratiques professionnelles** (protocole de coopération, délégation de tâche, pratique avancée) et à renforcer la capitalisation et les retours d'expérience sur les démarches innovantes réussies.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Dans le cadre de la réflexion à mener sur la formation des professionnels, l'ARS souhaite **mener un travail de fond sur la formation pratique – le stage –,** permettant de poursuivre les travaux pour proposer une offre de terrains de stages adaptée au sein de chaque territoire, accompagner chaque étudiant dans le cadre du déroulement du stage, faciliter l'accès géographique aux différents stages et s'assurer de la mise en œuvre d'un encadrement de qualité.

Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France

Pour maximiser la réussite des étudiants en soins infirmiers, **un parcours personnalisé d'accompagnement des étudiants sera testé, puis déployé,** avec le conseil régional d'Île-de-France (CRIF). Une cohorte d'étudiants infirmiers bénéficiera de cet accompagnement, qui prendra la forme d'actions variées en réponse aux difficultés qu'ils rencontrent. L'impact de ces actions sur le nombre d'étudiants diplômés et leur insertion au sein des territoires franciliens fera l'objet d'une évaluation précise en sus d'un plus large déploiement.

En parallèle, **le dispositif « Logement des soignants »** (cf. fiche 4.4) pourrait être décliné aux étudiants en santé, notamment en grande couronne pour les internes, afin de faciliter l'accès à leur stage.

Une réflexion conjointe à celle du CRIF, et en lien avec les collectivités territoriales, doit être **menée sur plusieurs thématiques comme les transports, la petite enfance**, visant à permettre un meilleur déroulement des stages des étudiants.

Dans le cadre du déploiement de l'offre de stages en ville, en lien étroit avec l'université et les instituts de formation, l'ARS mènera une réflexion avec les partenaires concernés, notamment les URPS et les CPAM, permettant de **sensibiliser les professionnels de santé de ville sur l'attrait de la fonction de maître de stage** et l'impact sur leur activité dans le contexte de tension démographique que rencontrent ces professions.

L'ARS accompagnera les établissements dans leurs actions visant à permettre aux professionnels de santé d'**envisager une évolution de leurs compétences via la promotion professionnelle**. Elle souhaite ainsi identifier, en lien avec les partenaires régionaux compétents, notamment le CRIF, les leviers qui peuvent être activés et permettre tout ajustement au plus près des besoins du territoire.

L'ARS continuera de mobiliser les leviers financiers du Fonds d'intervention régional (FIR) en vue de **poursuivre l'accompagnement du déploiement des dispositifs régionaux portant sur les postes partagés ou mixtes et son élargissement à d'autres professions** (ex. : la maïeutique). Une réflexion sera menée par l'Agence sur le cahier des charges de ces dispositifs régionaux, visant à étudier l'opportunité d'élargir les critères d'éligibilité à des professionnels médicaux séniors.

Le suivi des protocoles de coopération déclarés par l'équipe de promoteurs doit perdurer, notamment en vue de la réalisation d'un bilan à destination du ministère chargé de la santé, permettant de formaliser des propositions sur l'évolution des compétences de l'infirmier.

En parallèle de ce suivi, dans le contexte de tension démographique, **le développement de la pratique avancée pour les infirmiers en exercice doit**

être renforcé. L'ARS suivra l'exercice de l'infirmier en pratique avancée (IPA) afin de disposer de données sur sa pratique et la fonction qu'il occupe, en vue d'évaluer la cohérence entre la formation suivie et la fonction occupée. Elle accompagnera les professionnels et structures de soins dans leur réflexion visant à identifier les propositions d'évolution des mentions du dispositif de pratique avancée en fonction des besoins des secteurs d'activité et des compétences des professionnels concernés, à destination du ministère de chargé de la santé. L'ARS Île-de-France poursuivra son soutien à ces évolutions et accompagnera les IPA diplômés qui se dirigent vers certaines populations prioritaires (ex. : la personne âgée). Enfin, elle contribuera à l'identification des freins au développement de la pratique avancée pour l'IDE exerçant en libéral, afin d'alimenter la réflexion au niveau national et avec les acteurs compétents au niveau régional.

S'agissant des différents types d'exercice en établissement, certains types d'offre d'intérim s'organisent à l'initiative des établissements, notamment au sein du secteur d'activité médico-social. En parallèle, le cadre réglementaire sur l'intérim a récemment évolué. **Un accompagnement régional doit être mené, en lien avec la Direction régionale des finances publiques (DRFiP), visant à évaluer les initiatives régionales et mettre en œuvre le cadre réglementaire de façon priorisée** au regard des tensions territoriales existantes.

De même, la possibilité pour les libéraux de participer à l'activité hospitalière au sein d'un établissement public de santé (EPS) devra être davantage promue au sein de la région ; les projets des structures pourront être accompagnés par l'ARS en fonction du besoin de chaque territoire.

Enfin, **les bénévoles peuvent apporter une contribution très importante au bien-être des patients ou résidents**. Les conditions de réussite seront identifiées, partagées, et leur déploiement soutenu par des actions de l'ARS au niveau régional et territorial.

Soutenir l'engagement des professionnels de santé

Diagnostic et enjeux

Dans le cadre des différentes actions visant à fidéliser les professionnels de santé, l'ARS Île-de-France soutiendra l'engagement de ces derniers et ce, dans un contexte d'évolution du secteur d'activité au regard, d'une part, de l'adaptation du système de santé au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, à l'arrivée de nouvelles technologiques et, d'autre part, aux différentes crises (crise sanitaire exceptionnelle ou crise résultant d'une épidémie saisonnière) impactant les organisations du travail et la qualité de vie au travail.

La spécificité des métiers de la santé et de l'accompagnement, assortie des contraintes d'exercice dans un contexte en pleine évolution, doit amener les autorités régionales et locales à accompagner et soutenir les professionnels et les étudiants en santé et formation sociale dans leur quotidien professionnel en vue, notamment, de prévenir des arrêts d'activité prématurés ou des départs hors Île-de-France.

À cet égard, l'Agence **accompagnera les acteurs** (ex. : instituts de formation, universités, établissements de santé et médico-sociaux, structures d'exercice coordonné…) dans le cadre de **la déclinaison de leur politique interne portant sur la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) et la qualité de vie des étudiants en santé (QVES).** Les structures de soins sont particulièrement demandeuses d'un accompagnement sur le sujet de la QVCT, qu'il s'agisse d'un accompagnement financier, d'un accompagnement visant à formaliser la démarche QVCT et valoriser les actions entreprises ou d'un accompagnement permettant de créer un espace d'échange autour de la QVCT. En parallèle de cet enjeu, dans le cadre des objectifs du Ségur de la santé visant une qualité de vie au travail participant à la qualité des soins dispensés, l'ARS poursuivra le dialogue sur le déploiement d'un projet de management au sein des structures de soins (qu'il s'agisse d'établissements ou de structures d'exercice coordonné). L'enjeu est ici de **permettre à chaque professionnel de santé de participer à la définition de son organisation de travail**, prenant en compte la réalité de sa pratique, et faire en sorte que cette organisation contribue pleinement au fonctionnement de la structure de soins.

Des actions actuellement mises en place sur la formation et **l'investissement du quotidien** ont d'ores et déjà permis l'acquisition de **matériels et la réalisation de travaux** sur la lutte contre la sinistralité dans le secteur du médico-social.

Enfin, les différentes actions des établissements portant sur l'organisation du travail doivent contribuer à offrir un environnement de travail de qualité participant au développement de l'engagement du professionnel de santé, à l'amélioration de sa qualité de vie et à sa fidélisation au sein de cette structure. Dans la continuité des mesures issues du Ségur de la santé, **l'implication des professionnels de santé dans la stratégie de l'établissement ou du territoire** est identifiée comme un facteur majeur de fidélisation des équipes. Un enjeu de réflexion commune entre la gouvernance de chaque structure et les partenaires sociaux doit ainsi se poursuivre.

Les enjeux en matière d'organisation du travail dans les ESMS consistent en la mise en place de réelles stratégies de formation qui s'inscrivent dans la durée, dans la **valorisation des rôles propres des aides-soignants et des IDE**, dans la **bonne intégration des nouveaux métiers** (secrétaires médicales, éducateurs APA, etc.) ou encore dans la sensibilisation de l'ensemble des professionnels aux accompagnements médico-sociaux.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

S'agissant de l'accompagnement que l'ARS mènera au sein de la région sur la QVCT et la QVES, l'objectif est de **partager, évaluer et diffuser les démarches innovantes** en lien avec les partenaires et les acteurs régionaux intervenant sur le sujet.

L'ARS portera également une vigilance particulière sur **les différentes actions régionales pouvant être proposées sur la prévention des risques professionnels et psychosociaux, pour la santé au travail et la sécurité des professionnels de santé,** dans le contexte de tensions en ressources humaines survenues à la suite de la crise du Covid-19.

Ces différents accompagnements doivent s'inscrire dans le cadre des différentes négociations collectives visant à faire évoluer les organisations de travail et à réduire les emplois précaires au sein de chaque établissement, favorisant l'environnement de travail des professionnels et leur engagement au sein de la structure à laquelle ils sont rattachés. **L'ARS accompagnera les établissements dans la mise en œuvre de leur plan égalité professionnelle**, en lien avec les instances de dialogue social et avec le réseau des référents égalité, afin de mettre en place au quotidien la politique d'égalité professionnelle au plus près des agents des établissements.

L'ARS participera également au **développement d'un environnement favorable pour les professionnels de santé** en déployant le dispositif régional « **Logement des soignants** », en investissant dans la modernisation des établissements sanitaires et médico-sociaux et en finançant les « investissements du quotidien » (cf. fiche 3.10). **75 millions d'euros sont prévus dans le cadre de l'initiative régionale « Logement des soignants » pour cofinancer** des dispositifs mis en place par les établissements en faveur du logement des soignants, dans les zones tendues d'Île-de-France (Paris, petite couronne et zones Abis de la grande couronne). Prioritairement destiné aux IDE des établissements publics sanitaires et médico-sociaux, le dispositif pourra être élargi à d'autres professions prioritaires et aux internes (cf. fiche 4.3).

Cette politique s'appuiera en premier lieu sur le **management de proximité** ; des actions particulières seront proposées à ce public pour les accompagner. En second lieu, un portage de cet enjeu sera à décliner au niveau de la gouvernance des établissements (politique qualité de l'établissement et politique de formation).

Ces démarches sont également à déployer pour les professionnels de santé de ville.

Enfin, la gouvernance d'un établissement public de santé (EPS) est susceptible d'impacter la fidélisation des professionnels exerçant en son sein. **Favoriser l'implication du professionnel de santé dans la stratégie de l'établissement au sein de ses organisations établies** participe à la diversification et à l'évolution de ses compétences et est susceptible de constituer un vecteur d'ancrage du professionnel au sein de l'établissement, qu'il s'agisse d'une structure hospitalière ou d'une structure de ville (ex. : gouvernance d'une CPTS).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

S'inscrivant dans l'objectif national visant à mettre en place des équipes de prévention par GHT, l'ARS créera un **réseau de correspondants QVCT** qui participeront aux travaux régionaux.

Des séminaires sur la thématique QVCT seront périodiquement organisés au niveau des territoires et/ou par secteur, en lien avec les acteurs régionaux intervenant sur cette thématique.

Des actions de communication, permettant de mobiliser les établisse-

ments sur cette thématique et de partager les différentes actions menées au sein de chaque territoire, seront menées au sein de la région.

Une réflexion sera également conduite sur la mise en place d'un appel à projets régional sur la QVCT, permettant d'accompagner les structures dans le déploiement des projets sélectionnés.

L'ARS poursuivra son accompagnement des actions développées au sein de la région et venant en soutien des professionnels par **la mise en place de plateformes dédiées ou le développement d'actions de prévention individuelle et collective,** en lien avec l'ensemble des partenaires. Cet accompagnement visera également les différentes actions portant sur **la prévention des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS) ou la santé au travail**, en révisant les modalités d'utilisation des crédits des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

Les actions régionales portant **sur la santé des soignants** (ex. : mise à disposition de mutuelle d'entreprise, projet autorisant l'ouverture d'une activité de soins destinée à la prise en charge de soignants) ou **sur la sécurité des soignants exerçant en ville ou en établissement** seront poursuivies et promues auprès des professionnels de santé.

L'ARS s'inscrira dans les différentes réflexions nationales visant à **identifier l'impact d'actions sur la QVCT**, notamment les solutions numériques, ou toute action visant à poursuivre l'acculturation des acteurs RH et managers (cf. fiche 3.11).

Le déploiement d'actions concrètes visant à améliorer l'environnement de travail des soignants et faciliter la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle sera renforcé.

La mise en œuvre du dispositif « Logement des soignants » se poursuivra dans un contexte de dialogue avec l'ensemble des partenaires et s'inscrira dans le cadre des dispositifs qui peuvent être proposés par d'autres partenaires régionaux (CRIF, collectivités territoriales, services de l'État). Sur ce modèle, des solutions adaptées aux contraintes des professionnels **en matière de petite enfance ou de transport** seront également recherchées avec les différents partenaires, tout particulièrement les collectivités. L'implication des collectivités territoriales permettra d'établir une stratégie territoriale pour attirer les professionnels de ville afin de maintenir l'offre de secteur 1, avec par exemple des actions visant la maîtrise du coût du foncier. Cette stratégie territoriale doit également permettre une meilleure articulation des aides, en particulier celle des aides à l'installation avec les autres aides ne relevant pas du champ sanitaire (aides orientées QPV, notamment).

Les conditions d'exercice des professionnels de santé seront également améliorées grâce aux **investissements massifs en faveur de la modernisation des établissements** sanitaires et médico-sociaux et au financement des **« investissements du quotidien »** (cf. fiche 3.10).

Une observation régionale sur la QVCT et la QVES sera mise en place en vue de soutenir et évaluer les démarches innovantes dans le champ de la QVCT et promouvoir les bonnes pratiques. Elle aura notamment pour objectif d'intégrer et de partager les données épidémiologiques sur la santé des soignants (impact du travail de nuit…).

Enfin, dans le cadre des objectifs du Ségur portant sur la gouvernance des EPS, il s'agira d'accompagner ces établissements sur **les mesures mises en œuvre visant à impliquer les professionnels dans la stratégie de la structure, leur participation aux différentes instances et la reconnaissance de la participation collective aux différents projets** qui sont menés en leur sein.

Intervention et organisations spécifiques en période de tensions

Diagnostic et enjeux

Les établissements sanitaires et médico-sociaux mais également les structures ambulatoires connaissent des tensions sur les ressources humaines (RH), tant pour les personnels médicaux que paramédicaux. La crise sanitaire du Covid-19 n'a fait que les accroître.

Si les tensions en RHS ont été **conjoncturelles au moment de la crise sanitaire du Covid-19, elles sont désormais majoritairement structurelles en période estivale (congés) ou hivernale (épidémies annuelles saisonnières** avec un calendrier identifié chaque année, comme la bronchiolite). L'ARS a déjà été amenée à accompagner les différentes structures hospitalières et médico-sociales sur les périodes de fortes tensions en RH ou de crise pour éviter des transferts de patients ou résidents intra-région ou hors région, voire des fermetures d'activité. En décembre 2022, une forte mobilisation des étudiants en santé a d'ailleurs permis de venir en appui des professionnels de santé de nombreux services d'accueil des urgences (SAU) franciliens durant la période de congés de fin d'année, tout comme le recours aux IDE libéraux en période estivale au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Il convient désormais de **mieux anticiper ces tensions/crises** afin d'assurer un meilleur fonctionnement du système de santé francilien et le maintien d'une offre de soins de qualité au sein de l'ensemble des territoires.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Anticiper les situations de tension nécessite d'**identifier des outils et des mécanismes d'adaptation des ressources humaines en santé** qui pourront être communs à toutes les situations sanitaires exceptionnelles (SSE), qu'il s'agisse des périodes de tensions telles qu'elles sont traitées dans le présent axe ou dans le cadre du dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) abordé dans l'axe 5.

Ces outils et mécanismes d'adaptation s'inscrivent donc dans un continuum de réponses aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Ils consistent principalement à **mobiliser et identifier tous les leviers visant à augmenter les ressources en période de tension :**

- **constituer des viviers** d'étudiants et de professionnels en cumul emploi-retraite (y compris d'autres régions) pour les mobiliser au profit des établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi que de l'ambulatoire, en période de tensions ;
- **décrire durant la période du PRS**, conformément aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) signés avec les CPAM, pour toutes les situations sanitaires exceptionnelles où une réponse en ambulatoire est nécessaire, la **structuration du rôle des CPTS et de leur articulation avec la réponse hospitalière**. Cette structuration impliquera également la description de mesures de mobilisation des ressources humaines en santé ;
- **garantir une communication adaptée aux acteurs et aux usagers** en période de forte tension ou de crise.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Afin d'anticiper le déclenchement des actions, des indicateurs sont à définir pour repérer précocement le risque d'une évolution vers une situation de tension et/ou de crise.

Afin de se doter d'un plan régional, il sera nécessaire de :

- **identifier les risques** (gravité/probabilité) et les actions à mener pour les réduire ;
- se doter **d'indicateurs permettant de les repérer précocement** ;
- réaliser un **retour d'expérience** des actions précédemment conduites et capitaliser sur ces enseignements ;
- **identifier les marges de manœuvre régionales** (règlementaires ou autres) ;
- **définir les dispositifs à activer** en fonction des indicateurs définis et des territoires ;
- **communiquer** et partager le plan ainsi construit avec les différents acteurs.

Afin de **constituer un pool de renfort de crise** formé et mobilisable à disposition des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, il conviendra de :

- **mettre en place un recensement régional** (ex. : outil de mise en relation) permettant aux étudiants, aux professionnels volontaires et aux retraités de se positionner sur un territoire, selon leurs autorisations d'exercice, pour venir en renfort dans un établissement de santé ou médico-social ;
- **identifier les dispositifs à activer** selon les besoins ;
- **identifier les personnels/retraités/étudiants pouvant intervenir en renfort** (autorisation d'exercice, mobilité, disponibilité…) et les mobiliser ;
- **former ces personnes** afin de favoriser leur adaptabilité et leur intégration ;
- **faciliter les mobilités inter-régionales** (logement ou autre).

Enfin, afin de garantir une **communication adaptée** aux acteurs et aux usagers en période de forte tension ou de crise, il sera nécessaire de :

- créer un espace partagé à disposition des acteurs (référents gestion de crise + volontaires pour intervenir) ;
- identifier les messages/canaux d'information des usagers ;
- identifier les canaux d'information déjà existants vis-à-vis des professionnels (par exemple, les URPS constituent un relai d'information vers les professionnels libéraux).

AXE 5

Gérer, anticiper et prévenir les risques

La gestion des risques consiste en un « processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet de diminuer la survenue des risques et de leurs conséquences par l'identification, l'analyse, l'évaluation des situations dangereuses et des risques qui causent ou qui pourraient causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement et le contrôle des risques résiduels ».

Cette gestion du risque consiste en la mise en œuvre d'une stratégie d'anticipation, de préparation et de définition de modes de gestion de crise, mais également de renforcement de la soutenabilité globale du système. Cette dernière suppose de pouvoir maintenir ses fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et environnementaux auxquels le système doit faire face. Elle passe notamment par sa résilience, c'est-à-dire sa **capacité à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie en général**.

Parce que **la survenue de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est de plus en plus fréquente**, et dans des domaines toujours plus étendus, notre système de santé et les professionnels qui le composent doivent garantir une réponse adaptée rapidement. Dans ce contexte, il convient de se préparer plus largement, dans tous les champs, à l'anticipation et la gestion de ces situations : de la planification à la gestion en s'assurant d'une prise en charge de qualité et de la mise en place d'un système résilient. Il s'agit là d'une mission essentielle de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, au sein d'une **région qui compte 12 millions d'habitants**, concentre des flux régionaux, nationaux et internationaux majeurs et est par nature sujette à une **concentration de risques sanitaires, environnementaux ou technologiques**. Cette mission de l'ARS doit notamment permettre au système de santé francilien d'anticiper les risques et de mieux gérer les crises si ces dernières étaient appelées à survenir.

Le renforcement du dispositif régional d'anticipation, d'analyse des risques ou de gestion des crises nécessite d'agir sur plusieurs leviers complémentaires :

- le **renforcement des moyens d'anticipation** et de réponse afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge (cf. fiche 5.1) ;
- le **déploiement de dispositifs de planification de gestion des situations sanitaires exceptionnelles** et d'atténuation des effets de la crise (cf. fiche 5.2) ;
- le renforcement de la **cyberrésilience** du système de santé (cf. fiche 5.3) ;

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- le **renforcement de l'adaptation du système de santé au changement climatique** (cf. fiche 5.4) ;
- l'**anticipation de l'évolution des besoins par une mobilisation des données**, savoirs et recherches (cf. fiche 5.5) ;
- la **lutte contre l'antibiorésistance** sous l'angle « Une seule santé » (cf. fiche 5.6).

L'ensemble de ces principes doit se décliner en veillant à protéger l'ensemble de la population, y compris, et parfois surtout, celle plus éloignée de l'information, plus exposée ou plus fragile.

Gérer, anticiper et prévenir les risques

AXE 5 | Gérer, anticiper et prévenir les risques

EN BREF

Gestion, anticipation et prévention des crises : des fiches-actions pour décliner cette mission essentielle de l'ARS

- **Déployer des moyens de détection des risques dans le cadre de programmes de surveillance ou d'inspection-contrôle**
- **Renforcer la cybersécurité à l'échelle régionale**
- **Mobiliser des données à des fins de surveillance épidémiologique ou sanitaire et d'anticipation**
- **Adapter le système de santé régional au changement climatique**
- **Renforcer la lutte contre l'antibiorésistance sous l'angle « Une seule santé »**

MESURES CLÉ

#Risque

Soutenir la mise en place d'un guichet unique d'informations institutionnelles régionales en cas de situation sanitaire exceptionnelle

#JOP2024

Faire des Jeux olympiques et paralympiques 2024 un catalyseur de la planification sanitaire, notamment pour la prise en charge d'un afflux massif de victimes somatiques et la prise en charge médico-psychologique

#Données

Établir une cartographie régionale de la donnée de santé et des systèmes d'information en santé

#Cyber

- S'assurer de la réalisation par les établissements des audits cyber obligatoires ainsi que des exercices de cybercrise
- Co-construire le plan ORSAN Cyber avec les acteurs régionaux, définir et déployer les dispositifs et stratégies de réponses

#Environnement

- S'assurer du respect des obligations de recensement des émissions de gaz à effet de serre et consommations énergétiques pour les établissements sanitaires et médico-sociaux
- Accompagner les établissements sanitaires et médicosociaux et les structures d'exercice coordonné en ville pour intégrer l'éco-responsabilité dans leur fonctionnement et leurs projets

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 27	**Nombre d'établissements de santé ayant réalisé les audits et exercice annuels avec la mise en place du plan d'action**	**Septembre 2023** 15	300
Indicateur 28	**Part des établissements de santé (ES) et des établissements médico-sociaux (ESMS) soumis à l'obligation de publier leur bilan d'émissions de gaz à effet de serre et l'ayant fait au moins une fois et part des établissements à jour de celle-ci**	**Octobre 2023** 96 ES et ESMS sur 350 éligibles ont publié leur bilan au moins une fois soit 27,4 % 58 ES et ESMS sur 350 éligibles sont à jour de leur publication soit 16,6 %	100 %
Indicateur 29	**Part des nouveaux CPOM des ES et EMS ou des renouvellements contenant au moins une action sur le développement durable (réduction de consommation, de ressources – eau, énergie..)**	0	100 %

Gérer, anticiper et prévenir les risques

Renforcer les moyens d'anticipation et de réponse aux alertes pour garantir qualité et sécurité des prises en charge

Diagnostic et enjeux

L'ARS Île-de-France développe une approche de gestion du risque sanitaire combinant plusieurs volets permettant d'anticiper ou de détecter des alertes, de les analyser, d'y répondre et de prévenir leur reproduction, aussi bien dans le contexte particulier qui les a vu émerger que de manière systémique.

Selon Santé publique France, « le terme système d'alerte (ou parfois système d'alerte précoce) définit la composante d'un système de surveillance épidémiologique qui vise à détecter le plus précocement possible tout événement sanitaire anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique, quelle qu'en soit la nature. L'objectif d'un système d'alerte est de permettre une réponse rapide sous forme de mesures de protection de la santé de la population. Il implique en routine la mise en œuvre des actions suivantes :

- recueil de signaux de toute nature ;
- vérification d'informations ;
- analyse de données sanitaires ;
- mise en place de mesures de contrôle immédiates au niveau local ;
- mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique ;
- gonfirmation et investigation des épidémies ;
- transmission de l'alerte au niveau national et parfois international. »

Si cette définition constitue le socle de sa démarche, l'ARS étend ici la notion d'alerte à son sens le plus large, au-delà de la question épidémiologique, dès lors que l'événement à son origine met en jeu la santé des Franciliens ou le système de santé régional. Ceci intègre, par exemple, les alertes environnementales ou les dysfonctionnements dans la prise en charge et la qualité des soins.

En veille et réaction, l'ARS s'appuie sur un système de surveillance des alertes reposant sur des équipes pluridisciplinaires pour reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé. Pour alimenter ce système, la collecte systématique et continue de données, leur analyse et interprétation et leur diffusion sont indispensables dans la perspective d'aide à la décision. Un dispositif de vigilance, consistant en un recueil d'informations permettant la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou matériels, vient s'ajouter au système global.

En prévention, l'ARS mène plusieurs actions d'accompagnement, notamment le pilotage des structures d'appui aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) leur permettant de monter en gamme sur des volets spécifiques (ex. : qualité des soins et des prises en charge, risque infectieux). Elle déploie des outils d'accompagnement qu'elle souhaite enrichir des retours d'expérience établis dans le cadre de son action réactive.

De manière générale, les dispositifs de veille et d'alerte s'inscrivent dans un cadre collaboratif, en réseau. L'expertise des différents acteurs permet de déterminer les causes sous-jacentes et nourrit les prises de décision dans la gestion d'événements et l'accompagnement au quotidien des établissements et des professionnels.

Les alertes émises par les usagers via les réclamations sur la qualité de leur prise en charge sont également une source d'information majeure et doivent, au-delà de leur instruction individuelle, mieux permettre d'orienter les actions de contrôle et d'amélioration de la sécurité des prises en charge.

L'ARS assure également une mission d'inspection-contrôle combinant l'approche réactive et préventive. Les inspections et les contrôles sont un outil clé pour garantir la qualité et la sécurité des soins de santé, en s'assurant du bon respect des normes et règlements sanitaires en vigueur. Elles s'articulent autour de quatre domaines : la sécurité sanitaire ; le fonctionnement des établissements et services ; les actes médicaux et pratiques des professionnels ; la qualité et la sécurité de la pharmacie, du médicament et de la biologie. C'est dans ce cadre notamment que sont pris en compte les signalements de cas de maltraitance.

C'est par ce continuum que le dispositif général de veille produit ses effets vertueux. Pour autant, certains aspects de celui-ci sont parfois mal connus, perfectibles ou suscitent encore de la méfiance.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Créer un climat de confiance pour promouvoir une réelle culture positive de l'erreur est primordial pour décliner la politique régionale de gestion des risques

- Au-delà de l'obligation légale de signaler tout événement indésirable grave (EIG) qui survient dans le cadre de la pratique d'un professionnel de santé, il est nécessaire de renforcer **la sensibilisation des acteurs du système aux intérêts de la déclaration des événements**.
- L'ARS doit également **communiquer de manière transparente sur les décisions prises, les actions engagées et les résultats obtenus**. Il est important que les professionnels de santé comprennent les raisons qui sous-tendent les actions de l'Agence et qu'ils se sentent impliqués dans les processus de prise de décision.

Consolider la surveillance des alertes de santé est essentiel pour garantir la sécurité sanitaire de la population

- Renforcer le système de veille sanitaire pour détecter rapidement tout signal d'alerte dont les signaux faibles. Cela inclut la surveillance des indicateurs épidémiologiques, la collecte et l'analyse des données de surveillance, et la mise en place de réseaux d'alerte pour signaler rapidement les incidents de santé publique (cf. fiche 5.5).
- Améliorer la communication avec les professionnels de santé, mais également le grand public, pour assurer une diffusion rapide et efficace des alertes de santé, ainsi qu'une remontée facilitée des signaux sanitaires pour les professionnels et la population.
- Renforcer les liens avec les autres acteurs impliqués dans la gestion des alertes de santé ou des domaines pouvant l'impacter (environnement, alimentation, énergie, notamment).
- Augmenter les capacités d'analyse des données pour identifier les tendances et les modèles dans les incidents de santé publique.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Accompagner les professionnels et structures dans la prévention des risques sanitaires et améliorer le retour d'expérience collectif sur les bonnes pratiques ou les points de vigilance. Il s'agit en particulier de mobiliser davantage les retours d'expérience issus de la gestion des alertes pour les mettre à disposition des professionnels et structures

- Faciliter le signalement par les usagers du système de santé et médico-social via, notamment, le dispositif de réclamations, et s'appuyer sur ces données issues des usagers pour orienter les actions d'amélioration de la qualité des prises en charge.

Se donner la capacité d'adapter le programme régional d'inspection-contrôle pour pouvoir répondre à l'ensemble des priorités

- La programmation de la politique régionale d'inspection-contrôle doit répondre à des obligations réglementaires, à des orientations nationales et à des orientations régionales, tout en conservant une capacité de réactivité lorsque des inspections sont décidées à la suite d'une alerte. Ainsi, l'ARS Île-de-France s'est engagée en 2022 dans un programme pluriannuel de contrôle renforcé des établissements franciliens hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad), qui mobilise en priorité ses ressources inspectantes.
- L'ARS s'est donc organisée pour déployer cette campagne massive sans obérer sa capacité à mener des inspections dans les autres domaines d'activité. Cette organisation s'est notamment appuyée sur la mobilisation d'un large vivier inspectant, en particulier au sein des délégations départementales, sur la coopération avec les partenaires (Assurance maladie pour le ciblage et conseils départementaux pour l'inspection) et sur la mise en place de contrôles sur pièces.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Encourager une **politique de gestion des risques**, caractérisée par une approche préventive, ainsi qu'une attention particulière accordée à l'éducation, à la promotion de la santé et à la bientraitance.
- **Améliorer la sensibilisation** des acteurs du système quant à l'importance de déclarer les événements, en mettant en lumière les avantages de l'anticipation pour détecter efficacement les signaux faibles.

- Cette politique d'accompagnement passe par l'organisation de formations, de campagnes d'information, ainsi que par la promotion des outils à disposition (exemple du portail de signalement des événements sanitaires indésirables mis en ligne pour recueillir les déclarations d'événements indésirables (social-sante.gouv.fr)).
- Assurer une **communication transparente**, à l'attention des professionnels du système de santé, en ce qui concerne les décisions prises, les mesures mises en place et leurs résultats, au travers de bulletins réguliers et d'échanges en réunions de sécurité sanitaire.
- **Déployer des outils pour faciliter le recueil des signalements usagers et des réclamations** : dans le prolongement des travaux engagés, continuer le déploiement d'outils permettant d'accompagner les usagers souhaitant formuler une alerte ou une réclamation sur la qualité des prises en charge sanitaires et médico-sociales. Ceux-ci seront à travailler en lien avec les directions d'établissement, mais également avec les instances idoines, tels que le conseil de la vie sociale (CVS) et la commission des usagers (CDU).

Au-delà de l'instruction de chacune de ces réclamations, les données issues de ces signalements usagers sont intégrées aux travaux d'analyse de données et permettent d'orienter les actions de prévention et de contrôle.

Par ailleurs, le partage des informations issues de ces alertes sera également un axe majeur, notamment via des actions visant à :

– mettre en place des modalités de restitutions régulières aux représentants des usagers des éléments issus du dispositif de réclamation ;

– faciliter le partage des informations entre les institutions, notamment avec les conseils départementaux et les parquets.

- Mettre en place **un suivi et une analyse** des événements indésirables signalés, en collaboration avec les professionnels de santé concernés, afin de déterminer les causes sous-jacentes de l'incident et de mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence de ces incidents. Des actions de surveillance spécifique pour une pathologie et/ou un risque peuvent être mises en place (ex. : maternité, prise en charge en urgence…).
- **Consolider la collaboration avec les référents** de l'Agence et élaborer des dispositifs de suivi adaptés aux besoins spécifiques via :

  – des actions de surveillance spécifique pour une pathologie et/ou un risque pouvant être mises en place (ex. : suivi des réclamations dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse) ;

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

  – des modalités d'actions précises selon le cadre et la nature du signalement, incluant les situations de détection de signaux faibles (ex. : signalement isolé d'une situation de maltraitance) ;

  – des contributions pour appuyer la mise en place de plans d'actions au sein de la structure déclarante afin de réduire le risque de survenue d'un événement sanitaire.

- **Poursuivre l'animation** et la mobilisation des réseaux de vigilance (structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins en Île-de-France (STARAQS), observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT), Centre régional de pharmacovigilance (CRPV)…) et des établissements et acteurs de la veille et de la sécurité sanitaires, afin de consolider un travail partenarial et pluridisciplinaire à travers un solide réseau de vigilance. Ce continuum ne doit souffrir d'aucune rupture, de la formation/sensibilisation à l'utilisation de retours d'expérience.
- **Optimiser les synergies entre institutions** et renforcer la coordination entre acteurs (établissements, ARS, ANSM, CPAM, STARAQS, etc.).
- Développer des nouveaux outils d'inspection-contrôle, aussi bien :

  – sur l'approche métier, par exemple en développant une approche plus graduée ou plus systématique des écarts à la réglementation aisément identifiables, pratique adaptée lorsque le nombre d'acteurs à contrôler est très important ;

  – que sur l'outillage et les fonctions supports (par exemple en automatisant certaines tâches pour ainsi dégager des gains de productivité).

- **Envisager de manière transversale l'utilisation, raisonnée et encadrée, de technologies avancées**, notamment l'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique, pour analyser les données de surveillance en vue de détecter les signaux d'alerte.

Gérer, anticiper et prévenir les risques

Déployer les dispositifs de planification de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et d'atténuation des effets de la crise

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France, région « capitale » de plus de 12 millions d'habitants, dotée de zones de forte urbanisation et de plateformes aéroportuaires d'importance mondiale, est une région particulièrement exposée aux risques et menaces et par conséquent aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Le système de santé et médico-social peut ainsi être fortement impacté par des risques de nature variable conduisant à un débordement du fonctionnement habituel (**risque épidémique, alertes climatiques, menaces terroriste et accidentelle**). De plus, ce schéma régional de santé couvre la période, particulièrement sensible, des **Jeux olympiques et paralympiques**. Enfin, nous sommes dans un contexte de **fortes tensions du système de soins en ressources humaines**.

Ces SSE mettent en évidence l'importance de la préparation et de la réponse rapide en matière de santé publique en France, qui constituent l'objet du dispositif **ORSAN** (dispositif intégré de préparation et de réponse du système de santé aux SSE).

En effet, répondre à une SSE nécessite de faire appel à des processus prédéfinis à adapter en cohérence avec la situation, et de partager et mettre en commun avec des acteurs de milieux différents mais ayant intérêt à travailler ensemble (sécurité, santé, défense…).

Gérer une SSE implique également de **mobiliser des filières spécifiques, en ressources humaines, en matériels et dispositifs, mais également en logistique**, pour prendre en compte le transport et le stockage dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, la construction d'un dispositif de planification nécessite un cadre de réponse précis, mais agile, pour garantir l'adaptabilité du système de santé.

En période de crise sanitaire, il est également indispensable d'**avoir une approche nationale**, voire internationale, afin de réduire les risques de propagation (contrôle sanitaire aux frontières) ou de bénéficier de retours d'expérience permettant de gagner en intelligence collective.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Déployer ces dispositifs de planification est donc essentiel pour répondre au mieux à de tels événements afin d'en atténuer les effets.

L'Agence régionale de santé est responsable de l'organisation de la réponse du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et aux crises. Elle participe à la surveillance épidémiologique, planifie et prépare les mesures de réponse opérationnelle. Elle coordonne les acteurs locaux et structure l'amélioration continue dans le cadre de la démarche de retour d'expérience.

L'Agence est responsable de la planification de gestion de crise sanitaire au niveau régional : le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). Ce dispositif a vocation à évaluer les risques et menaces, structurer les parcours de soins des patients adaptés aux événements et les modalités de leur coordination entre les acteurs concernés. Il s'intègre au dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) sous l'autorité du préfet.

La préparation à la gestion des SSE est un processus continu dans le temps, s'intégrant dans la pratique quotidienne de l'ensemble des professionnels de terrain en établissement de santé, médico-sociaux ou en ambulatoire.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Promouvoir,** auprès des acteurs du système de santé (en particulier les professionnels de santé de ville), **l'utilisation des dispositifs et des outils** de gestion de SSE et d'atténuation de la crise. **Développer le pouvoir d'agir** de chacun en SSE.
- **Former** tous les professionnels du système de santé **aux canaux pertinents** d'intervention à mobiliser pour gagner en flexibilité et en cohérence dans la réponse aux SSE, notamment pour faire face aux nouveaux risques et menaces (opérateurs de formations spécifiques, travaux interministériels).
- **Planifier** la coordination des acteurs pour une gestion efficace de SSE. Cette planification devra s'intégrer et s'articuler avec la planification ORSEC.

Gérer, anticiper et prévenir les risques

- **Disposer d'un système de veille robuste et fiable prenant notamment en compte les signaux faibles**. Anticiper le retour à un fonctionnement nominal du système dès le début de la crise et prévoir des scénarios de sortie de crise.
- **Améliorer la communication avec le grand public** sur la gestion de crise à travers des relais locaux afin d'améliorer le pouvoir d'agir de chacun, et anticiper la communication en direction de groupes sociaux plus éloignés.
- **Évaluer** la mise en place effective de la planification ORSAN, en faisant de l'exercice et du retour d'expérience des indicateurs forts.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Fédérer des acteurs autour de la réponse à la crise

- Définir les canaux de transmission garantissant un relai efficace des messages relevant des champs de compétences de l'ARS aux professionnels de santé et à la société civile. Ces démarches sont à partager avec les préfectures et les collectivités territoriales.
- Soutenir la mise en place d'un guichet unique d'informations institutionnelles régionales en cas de SSE et le légitimer auprès de l'ensemble des professionnels.
- Inciter les collaborations entre la médecine de ville et les établissements, entre les établissements (ES, ESMS) eux-mêmes, avec des étudiants en santé, des internes, les cumuls emploi/retraites au travers de conventions tripartites et d'outils innovants de mise en relation. Ces réflexions pourront s'appuyer sur la mobilisation existante au sein des établissements de santé et sur les leviers mobilisés en situations de tensions (axe 4).
- Mettre en place un groupe représentant de la société civile en capacité d'éclairer en urgence les décisions expertes, notamment sur leur recevabilité.

Orienter et simplifier les formations selon les besoins de l'ensemble des professionnels du système de santé

- Réaliser un audit des flux et circuits d'informations en période de SSE permettant une cartographie d'identification de ceux-ci.
- Identifier les formations déjà existantes au sein des structures et partenaires, notamment le Service de santé des armées (SSA) permettant de répondre aux besoins spécifiques en situations d'afflux massif de victimes (régulation et accueil, damage control...) ou en cas d'attaque de type NRBC. Cela afin de définir un dispositif de formations varié et pérenne.
- Assurer le suivi des formations théoriques et pratiques (formation aux gestes et soins d'urgence spécialisée SSE) en lien avec les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), par un système de validation standardisé et centralisé, qui permette le maintien en compétence dans le temps.
- Instaurer un socle commun de connaissances autour des SSE en y intégrant la gestion de crise hybride consistant à gérer plusieurs situations exceptionnelles concomitantes. Celui-ci devra être mis à jour régulièrement pour intégrer l'évolution des pratiques ainsi que les risques émergents.
- Interroger la notion de « parcours patient » en temps de crise, le parcours devrait être adapté au contexte pour sortir de cette notion individuelle et se concentrer sur le collectif.
- Développer des volets SSE dans les plans de continuité d'activité (PCA). Il s'agira de structurer les liens entre le PCA et le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) pour garantir la mobilisation effective, la continuité d'activités et les conditions de travail.
- Positionner le dispositif ORSAN comme cadre de préparation et réponse aux SSE, et identifier des personnels capables de monter des exercices de gestion de SSE et déployer cette pratique à tous les échelons.

L'anticipation et la gestion de crise doivent **associer la diversité des acteurs de santé concernés, sans se limiter aux seuls experts**. La réussite d'une action en gestion de situations complexes peut résider dans la mobilisation du plus grand nombre. Le pouvoir d'agir de chacun en SSE, dans la continuité des travaux du chapitre 2 de l'axe 1 du SRS, est primordial.

- Définir un cadre et des modalités d'adaptation territoriales dans la réponse aux SSE, par exemple en s'appuyant sur le décret n° 2023-260 du 7 avril 2023, pour rendre les procédures administratives et juridiques opérationnelles et réactives.
- Veiller à l'articulation et à la bonne intégration des dispositifs sanitaires dans les outils de planification plus larges pilotés par les préfets.
- Œuvrer avec les collectivités et les dispositifs territoriaux (les communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, les groupements hospitaliers de territoires - GHT et les dispositifs d'appui à la coordination - DAC, entre autres) pour répondre dans des cinétiques courtes.

La mise en place d'un référent SSE par CPTS, animateur de territoire, sera un point structurant de l'action.

- Systématiser la mobilisation des réseaux et dispositifs d'aller-vers, afin de bien prendre en compte les populations les plus fragiles et vulnérables, notamment sur des sujets de santé communautaire. Ces travaux sont à mener en lien avec ceux de l'axe 1 du schéma régional de santé et avec le PRAPS.
- Faire des opérateurs de la santé au travail et de la santé scolaire des relais et partenaires durables dans la gestion de certaines SSE, en particulier sur le risque épidémique et émergent. Ces réflexions s'articulent avec les travaux du quatrième plan régional de santé au travail (PRST 4), pour la santé au travail notamment. L'un des axes communs de travail est d'identifier les collaborations développées au cours de la période Covid, d'en tirer les bénéfices et d'améliorer voire pérenniser ces modalités.
- Adapter dès leur création les outils de gestion de l'activité à la gestion des SSE et automatiser les processus qui peuvent l'être (exemple : complétude du ROR) pour améliorer l'aide à la décision et à la gestion.

Renforcer des flux de communication institutionnelle avec la société civile, pour améliorer les capacités collectives à agir

- Assurer une régularité dans les campagnes de communication pour permettre une meilleure identification des circuits d'information.
- Promouvoir la culture de la gestion des SSE chez les professionnels de santé, comme en population générale, pour un meilleur effet levier collectif dans l'application de procédures d'urgence et de décisions médicales idoines (du triage au « damage control », campagne de prophylaxie, prélèvements urgents, confinement…).
- Lutter contre la désinformation événementielle, en veillant à développer la littératie en SSE. Cela pourra notamment s'appuyer sur la participation de la société civile dans des projets locaux en créant des instances ad hoc ou en mobilisant des structures existantes.

Évaluer les dispositifs régionaux de crise

- Faire des Jeux olympiques et paralympiques 2024 (JOP 2024) un catalyseur de la planification sanitaire, notamment pour les schémas de prise en charge d'un afflux massif de victimes somatiques et la prise en charge médico-psychologique.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- Organiser des retours d'expérience à l'issue de chaque SSE afin de dégager les actions pertinentes et reproductibles pour les intégrer aux outils de gestion de crises futures. Puis, créer une base de données « RETEX » pour assurer le suivi des dispositifs efficaces à l'échelon départemental et régional et en définir les accès aux acteurs territoriaux.
- Analyser l'impact des SSE sur la santé mentale et en assurer le suivi et la prise en charge pendant et après la crise.

Gérer, anticiper et prévenir les risques

Renforcer la cyber-résilience du système de santé

Contexte et enjeux

Les **acteurs du système de santé sont la cible de nombreuses attaques** de leurs systèmes d'information (SI), en raison de la nature des données qu'ils détiennent et traitent. Rien qu'en 2022, plusieurs établissements de santé d'Île-de-France ont subi des cyberattaques majeures (Centre hospitalier sud francilien, Centre hospitalier de Versailles). L'impact sur l'activité de ces établissements a nécessité le déclenchement du plan blanc et une réorganisation importante de l'offre de soins. Ces attaques ont mis en exergue la vulnérabilité du système de santé à l'égard de la menace cyber et **le besoin de mieux s'y préparer**.

En effet, les **outils numériques** sont devenus incontournables pour le bon fonctionnement des établissements de santé (SI métiers ou administratifs ou financiers Mon espace santé / dossier médical partagé, outils de télé-santé, etc.). **Leur indisponibilité rend très difficile, voire impossible, la poursuite des activités de soins**. En cas de cyberattaque massive, la remise en fonctionnement des SI, et plus généralement de l'établissement, peut prendre plusieurs mois.

Les **impacts financiers sont souvent majeurs**, compte tenu d'une part des coûts de gestion de crise et de reconstruction des SI, d'autre part en raison des pertes de recettes engendrées par la baisse d'activité et l'impossibilité de la retracer dans le PMSI. Les cyberattaques peuvent également donner lieu à des vols de données particulièrement sensibles (données de santé, notamment). Par ailleurs, les impacts ne se limitent pas au seul établissement attaqué et **peuvent déstabiliser l'organisation de l'offre de soins au niveau de tout un territoire**, a fortiori si l'établissement victime de l'attaque est un établissement de recours.

Améliorer la résilience du SI constitue un **enjeu pour les directions générales des établissements,** et pas uniquement pour les services supports en informatique. Par ailleurs, cet enjeu ne se limite pas au secteur sanitaire, puisque le **médico-social et les professionnels de santé de ville**, ne disposant pas nécessairement d'équipes informatiques ou d'experts en cybersécurité, sont également la cible des cyberattaquants.

L'État a progressivement renforcé ses moyens d'action dans le cadre de sa stratégie nationale de cybersécurité, dans un **contexte de menace cyber très élevée.** Un cadre d'actions, des référentiels et des programmes de financement cyber à destination des établissements sanitaires et médico-sociaux sont définis au niveau national et portés par le ministère en charge de la santé, le CERT Santé et l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI). En mai 2023, le **programme CaRE** (cyber-accélération et résilience des établissements) a été annoncé et contient de nouvelles mesures visant à améliorer le niveau de résilience du système de santé vis-à-vis du risque cyber ainsi que de nouveaux financements. Les différentes mesures et actions issues des plans et référentiels cyber nationaux ne seront pas décrites dans le détail dans le cadre de la présente fiche, mais ont bien sûr vocation à être déployées en Île-de-France.

Les actions envisagées par l'ARS visent à répondre à trois enjeux :

- **la prévention** : accroître la sécurisation et la résilience des établissements aux attaques et incidents majeurs cyber ;
- **la gestion de crise** : en cas de cyberattaque, assurer la sécurité et la continuité des prises en charge en soins, éviter la déstabilisation et la saturation régionale ;
- **la réparation post-cyberattaque** : accompagner l'établissement dans sa reconstruction et sa sécurisation, sur plusieurs mois, voire plusieurs années, avec des impacts pouvant être conséquents sur les prises en charge des patients, sur la gestion des ressources humaines et sur l'axe financier.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Volet « préventif » : améliorer le niveau de maturité des établissements et professionnels de santé en matière cyber et réduire les vulnérabilités

Un accompagnement de l'ensemble des acteurs du système de santé (sanitaire, médico-social, ville) est nécessaire afin de développer, mettre en œuvre et poursuivre durablement la diffusion de la culture de la prévention du risque en cybersécurité. Cela, dans le but de réduire les vulnérabilités et améliorer la résilience du système vis-à-vis de la menace cyber.

Volet « gestion de crise » : se préparer à la gestion des attaques et incidents cyber

L'année 2022 est marquée par une évolution du guide méthodologique ORSAN qui doit se traduire, en 2023, par une mise à jour de la documentation ORSAN. Dans ce cadre, il a été fait le choix à l'ARS Île-de-France de créer un nouveau plan ORSAN CYBER qui, en interface avec les dispositions spécifiques transversales, devra permettre d'organiser la réponse à des incidents majeurs ou des cyberattaques d'ampleur.

Volet « reconstruction post-cyberattaque » : soutenir la reconstruction du système d'information

Suite à une cyberattaque, l'établissement se retrouve face à un dilemme : redémarrer sur sa configuration ancienne, mais pas forcément stable, ou partir sur de nouvelles options au risque de fonctionner en mode dégradé durant une période longue. Par ailleurs, la reconstruction nécessite la plupart du temps des ressources matérielles, techniques et humaines supplémentaires.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Volet « préventif »

- **Encourager les établissements à faire de la cybersécurité une priorité**, notamment en incluant des objectifs cyber dans les lettres d'objectifs des chefs d'établissement et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre l'ARS et les établissements ; à partir de 2024, la cybersécurité deviendra également un élément de la certification HAS (mesure nationale).
- S'assurer de la **réalisation par les établissements des audits cyber obligatoires** (service Active directory security - ADS et cybersurveillance), **ainsi que des exercices de cybercrise**, et promouvoir la mobilisation des programmes de financement dédiés pour la réalisation de ces audits et exercices ; s'assurer de la **définition et de la mise en œuvre par les établissements d'un plan d'actions** intégrant les axes d'amélioration mis en lumière par les audits et les exercices.
- **Renforcer les actions de sensibilisation** pour les directions générales d'établissement, membres du comité de direction, présidents de commission médicale d'établissement (CME), mais aussi pour tous les professionnels : promouvoir les outils de sensibilisation disponibles au catalogue du GIP SESAN et auprès de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI), les formations gratuites de l'ANSSI, les formations disponibles via l'ANFH…
- **Favoriser le partage des bonnes pratiques, retours d'expérience** pour les DSI, RSSI, utilisateurs du SI, directions d'établissement, notamment via l'organisation de journées régionales ou de webinaires et la diffusion de newsletters.
- Encourager les établissements à intégrer le risque cyber dans leur plan de continuité d'activité (**PCA**) et leur plan de reprise d'activité (**PRA**).
- Promouvoir le remplissage par les établissements de l'**Observatoire national dédié à la cyber** (OPSSIES), afin notamment de disposer d'une vision d'ensemble du niveau de préparation des établissements vis-à-vis du risque cyber, identifier les éventuels points de vulnérabilité et les actions complémentaires à mettre en œuvre.
- Promouvoir et poursuivre l'enrichissement de l'**offre du GIP SESAN dédiée à la cybersécurité** à destination des ES, ESMS et professionnels de santé franciliens : tests d'intrusion, cybersurveillance, scan de vulnérabilité, cartographies et analyse de risques, exercices de cybercrise…
- Poursuivre, en lien avec le GIP SESAN, les **actions de sensibilisation et d'accompagnement** des directeurs des SI (DSI) et responsables de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) régionaux : expertise SSI, animation du réseau régional des RSSI et des délégués à la protection des données (DPO), formations en ligne…
- Réaliser des audits sécurité des **SI SAMU** ou autres audits cyber ciblés.
- S'appuyer sur les outils, **programmes de financement** et acteurs nationaux spécialisés (ANSSI et CERT Santé).

Volet « gestion de crise »

Il s'agit tout d'abord de **co-construire le plan ORSAN Cyber avec les acteurs régionaux, et définir ainsi les dispositifs et stratégies de réponses** pour ensuite les **déployer avec les parties prenantes.**

Une partie de ces dispositifs et des actions qui en découlent sont déjà pré-identifiées, et leur construction a débuté sans attendre l'achèvement des travaux ORSAN qui y sont toutefois intégrés compte tenu de l'état de la menace, notamment :

- la mise en œuvre d'un cadre permettant le **recours à des ressources d'expertises, RH ou de matériels** pilotées par l'Agence. Ceci suppose les préalables suivants :

– identifier des moyens RH, experts et techniciens sur l'ensemble des champs techniques, mobilisables à tout moment en cas de cyberattaque, et définir les modalités de cette mobilisation,

– organiser l'entraide inter-établissements (dans le département, dans la région et selon la filière de prise en charge),

– identifier et adapter les moyens immédiatement projetables sur le terrain,

– disposer d'une capacité de mobilisation rapide de moyens matériels informatiques permettant une première reconstruction d'urgence (ex. : ordinateur, serveurs, système de messagerie…) et la pérennisation du mode dégradé le temps de la reconstruction.

- la réalisation de **procédures et d'outils de réorganisation de l'offre** de soins non programmée (également utilisable sur d'autres risques tels que le risque de crue majeur de la Seine) ;
- la mise à disposition **par le GIP SESAN d'une prestation de « réponse à incident »** permettant à un établissement attaqué de bénéficier sans délai d'un appui à la gestion de crise cyber.

Volet « reconstruction »

- Compléter l'offre du GIP SESAN pour faciliter le recours à des moyens supplémentaires durant la période de reconstruction :

  – accompagnement méthodologique pour la définition de la reconstruction, voire le suivi de l'avancement,

  – accompagnement pour migrer vers de nouvelles architectures, voire passer en mode SaaS (solution logicielle applicative hébergée dans le Cloud) ;

- Proposer des mises à niveau (formation) et des partages d'expérience.

Inscrire dans les politiques régionales l'adaptation du système de santé aux changements climatiques et l'atténuation de ses impacts

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France est une région à fortes pressions anthropiques, particulièrement exposée aux extrêmes climatiques : vagues de chaleur, sécheresses, précipitations extrêmes, inondations… Ces événements se multiplient en intensité et en fréquence. Leur survenance génère d'autres phénomènes (ou aléas induits) : dégradation de la qualité de l'air, développement d'espèces à enjeux pour la santé humaine (ambroisie, chenilles processionnaires, moustiques-tigres…), augmentation des allergies et autres pathologies cardio-respiratoires avec un risque de développement de maladies vectorielles et infectieuses… Cela a incontestablement des effets durables sur toutes les composantes de la santé : physique, sociale mais également mentale. L'ensemble de la population est concerné, et particulièrement les personnes vulnérables.

Ces dérèglements ont également des effets néfastes sur le système de santé en tant que tel, aussi bien sur les ressources humaines, matérielles (pour les approvisionnements notamment) que sur les infrastructures. Par ailleurs, le secteur de la santé lui-même contribue au changement climatique. En effet, il représente chaque année 8 % de l'empreinte carbone (émissions de gaz à effet de serre - EGES) du pays, soit 46 millions de tonnes de CO_2[54] et 2 % de la consommation énergétique[55].

Dans ce contexte, inscrire dans les politiques régionales l'adaptation du système de santé aux changements climatiques et l'atténuation de ses impacts est une priorité de travail pour l'État et les collectivités locales en étroite collaboration pour prévenir et répondre aux risques environnementaux et sanitaires, ainsi que pour assurer la continuité des soins de santé en Île-de-France.

54 D'après une étude de The Shift Project issue de son rapport de novembre 2021.

55 Selon un rapport de l'Ademe, 2019.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Pour réduire l'impact du système de santé sur l'environnement et atténuer le changement climatique

- **Réaffirmer les obligations en matière de réduction d'EGES**. La loi Grenelle 2 impose aux personnes morales de droit public employant plus de 250 personnes, ainsi qu'à celles de droit privé employant plus de 500 salariés, de réaliser un bilan carbone des émissions directes, produites par les sources, fixes et mobiles, ainsi que les émissions indirectes associées à la consommation d'électricité, de chaleur ou de vapeur. Toutefois, très peu d'entre elles se tiennent à leurs obligations. Il existe également une obligation de réduction des consommations énergétiques dans le cadre du dispositif éco-énergie tertiaire à laquelle sont soumis les établissements (bâtiment tertiaire > 1 000 m^2). Des mesures se retrouvent dans le plan de sobriété énergétique présenté officiellement en octobre 2022. Ces obligations ont été réaffirmées par le décret n° 2022-982 du 1er juillet 2022 relatif aux bilans d'émissions de gaz à effet de serre, entré en vigueur au 1er janvier 2023, et la loi n° 2023-973 du 23 octobre 2023 relative à l'industrie verte modifiant le Code de l'environnement en ce sens.
- **Accompagner au développement durable les établissements de santé et médico-sociaux de la région**. Cette démarche doit concerner l'ensemble des thématiques telles que les résidus médicamenteux, l'énergie, les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés, le gaspillage alimentaire, les biocides et les achats responsables.
- **Réduire à la source la production de déchets et d'effluents, aussi bien dans le soin que dans la restauration**. La garantie de l'hygiène a entraîné l'usage de pratiques consommatrices de ressources. Celles-ci, longtemps considérées comme seul moyen de garantir un usage sanitaire conforme, laisse place à des évolutions de pratiques durables. Par ailleurs, la restauration, individuelle comme collective, fait l'objet d'un changement de perspectives pour réduire le gaspillage, décarboner l'alimentation, limiter et valoriser les déchets.
- **Rendre visibles les actions innovantes dans le domaine (nationales et internationales)** et permettre à chacun, usagers et professionnels, de se les approprier afin de les expérimenter sur des territoires volontaires, en lien avec les collectivités territoriales.

- **Définir une animation et développer des réseaux collaboratifs**, en mettant en relation des disciplines n'ayant pas de lien naturel entre elles actuellement. L'objectif est de faire connaître les solutions et propositions et d'échanger sur leur faisabilité et leur pertinence à les déployer pour les acteurs de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné, producteurs diffus, patients en auto-traitement, par exemple). Les collectivités territoriales seront un partenaire important sur ce point en matière de co-animation et d'expériences déjà menées dans la collectivité publique.

Pour préparer et adapter le système face à l'impact du changement climatique

- **Développement des espèces faunistiques et floristiques à enjeux pour la santé humaine**
  - Prévenir le développement des espèces à enjeux pour la santé humaine (moustique-tigre, ambroisie, tique…). Pour cela, il convient de former et sensibiliser de nouveaux professionnels sur les causes et les conséquences des pathologies que le développement de ces espèces génère, afin qu'ils puissent être un relai ; et, le cas échéant, de redéfinir et d'adapter les circuits de prise en charge.
  - Prendre en compte les nouveaux risques de pathologies infectieuses et vectorielles, ainsi que les maladies respiratoires et allergiques dans l'évolution de l'offre en santé, ainsi que dans les actions de prévention et de promotion de la santé.
- **Pollution atmosphérique d'origine anthropique**
  - Insister sur le fait que la diminution de production de déchets et de la consommation d'énergie améliore l'état de santé des populations, notamment pour les maladies respiratoires et cardio-vasculaires chroniques. Les dépassements de seuil d'alerte à l'ozone et aux particules fines constatés en cas de fortes chaleurs ou de froids persistants ont un réel impact sur ces pathologies.
  - Capitaliser sur la préparation des grands événements sportifs (Coupe du monde de rugby et JOP 2024) pour le déploiement d'actions de prévention. Trois axes importants devront être actionnés ou renforcés en lien avec Santé publique France (SPF) : la modélisation prédictive, le suivi épidémiologique des pathologies et la diffusion de messages sanitaires permettant à tout un chacun d'avoir un véritable pouvoir de comprendre et d'agir. Ce dernier point est une des priorités du PRSE 4.

- **Répercussions directes du changement climatique sur la santé mentale**. Des études démontrent la causalité entre fortes températures et augmentation des affections psychiatriques (dépression, épisode d'anxiété, suicide…). Il conviendra de **prévenir l'impact sur la santé mentale, et notamment les passages à l'acte liés à événements.**
- **Les impacts directs et indirects sur l'immobilier, les équipements et les infrastructures**
  – Renforcer la capacité des infrastructures de santé à résister durablement aux conditions extrêmes (fortes chaleurs, inondations), sans augmenter les émissions et rejets.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Favoriser sur le long terme l'éco-responsabilité du système de santé et accompagner les établissements dans les démarches de développement durable

Selon l'Agence de la transition écologique (Ademe), l'éco-responsabilité peut se définir comme l'ensemble des actions visant à limiter les impacts sur l'environnement de l'activité quotidienne des collectivités. Celle-ci passe par de nouveaux choix de gestion, d'achats, d'organisation, du travail notamment, ainsi que par des investissements et la sensibilisation du personnel.

- **Intégrer l'éco-responsabilité systématiquement** dans les projets, décisions, autorisations **des établissements sanitaires et médico-sociaux et des structures d'exercice coordonné en ville**, notamment dans le cadre d'investissements immobiliers. Cet axe fort s'inscrit dans la continuité des travaux de l'axe 6 de ce SRS et des orientations du PRSE 4 en matière d'aménagement du territoire favorable à la santé. Une réflexion pourra être menée pour définir le Groupe régional santé environnement pour définir l'instance de suivi du PRSE4 et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) comme **instances de partage des grandes orientations et actions menées.**
  – Dans la mesure où les activités font appel à une demande croissante de gestion de données numériques, il convient d'intégrer des démarches visant à la sobriété numérique dans les projets structurants.

- **Faire appliquer les obligations réglementaires et soutenir durablement les démarches visant à réduire la consommation énergétique, les EGES, les rejets polluants et la consommation en eau**, sans pour autant nuire à la qualité des soins apportés. Cela nécessitera de capitaliser sur les travaux et programmes d'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), de l'Agence de l'eau Seine-Normandie et de l'Ademe. Le développement de compétences mutualisées entre établissements, à l'échelle d'un GHT par exemple, sera largement encouragé et plébiscité.
  – Les éco-maternités destinées à faire évoluer les organisations et les pratiques des acteurs de la périnatalité sont des exemples concrets. À cela peuvent s'ajouter le recours à une alimentation biologique moins carnée ainsi que la réduction du gaspillage alimentaire, de l'usage de contenants en plastique et des produits ultra-transformés en restauration.
  – L'hygiène, l'énergie et les consommables en santé sont des activités pouvant bénéficier d'initiatives majeures. Dans la continuité des travaux réalisés dans le cadre du Ségur de la santé, valoriser les démarches d'achats et de pratiques responsables est un point incontournable.
  – Les cibles, en ce qui concerne les enjeux de l'eau, seront notamment les investissements en équipements économiseurs d'eau potable et traitements des micropolluants des effluents, et la réutilisation en extérieur des eaux non conventionnelles (eaux pluviales principalement).
- **Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels et étudiants exerçant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux** (cf. «Sommaire») sur les éco-gestes et les interactions entre le système de santé et l'environnement. Cela devra aboutir à des **recommandations de bonnes pratiques** (bionettoyage, réutilisation de dispositifs et d'équipements, entre autres), en lien avec le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et les sociétés savantes en hygiène hospitalière. Il existe également un enjeu pour les établissements d'identifier pour chaque parcours les pratiques les plus émettrices en GES, sur lesquelles devra être priorisée une transition bas carbone.
- **Encourager les démarches éco-responsables innovantes, notamment, par le biais d'appels à manifestation d'intérêt collaboratifs.** Le déploiement des actions de réduction, de traitement et de valorisation multi-sites de biodéchets ou de déchets d'activités de soins devra être priorisé sur les pratiques les plus polluantes et pourra

intégrer les réflexions menées au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

- **Les référents Développement durable en établissements** (conseillers en transition énergétique et écologique en santé) doivent avoir un rôle central, il est essentiel **d'accélérer leur recrutement et d'assurer leur leur formation pluridisciplinaire,** ainsi que de leur inscription dans des réseaux plus vastes.

Préparer et adapter le système face à l'impact du changement climatique

- **Faire procéder à des diagnostics de vulnérabilité et de performance des équipements et infrastructures**, afin d'avoir un état des lieux et définir les priorités et évolutions à prévoir. **Les investissements** aussi bien immobiliers qu'en équipements devront être durables. Les activités nécessitant une régulation de la température seront visées en premier lieu. Les serveurs informatiques feront par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Ce point fait écho aux notions de cyber-résilience (cf. fiche 5.3). Enfin, le choix des lieux d'implantation des nouvelles installations, la construction et la rénovation devront prendre en compte une régulation thermique naturelle, et des solutions de sécurisation d'accès et d'alimentation électriques en cas de situations extrêmes (cf. PRSE 4 et axes 3 et 6 de ce SRS).
- **En cas de situations climatiques extrêmes** nécessitant une évacuation (inondations, en particulier), il est nécessaire d'identifier des **sites de replis** (autres établissements de santé) et **les moyens** à mettre en œuvre pour assurer des transferts de **patients** et de **personnels** en réduisant le plus possible la perte de chances. Ces éléments sont prévus dans le cadre des travaux ORSAN Clim.
- **Inclure les dispositifs de recours et d'accès aux soins de prévention du suicide parmi les acteurs de terrain essentiels pour prévenir les risques sanitaires liés aux événements climatiques extrêmes.** Cela permettra de sensibiliser les bénéficiaires et les **professionnels** de ces dispositifs en amont. Un élargissement de la démarche dans le champ de la santé mentale pourra être intégré aux **projets territoriaux en santé mentale** et aux réseaux existants.
- **Poursuivre les mesures préventives et de sensibilisation des professionnels** sur les maladies infectieuses transmises par les vecteurs, en coordination avec le PRSE 4, dont la surveillance et la prévention des zoonoses est une priorité. Dans cette optique, il conviendra de **faire converger les données environnementales** en matière de présence et d'implantation des vecteurs (moustiques-tigres, tiques…) **avec les prévisions d'augmentation en nombre de cas à traiter (prévalence et probabilité de cas autochtones)**. Le travail à mener sera pluridisciplinaires, et nécessitera l'implication forte des experts, aussi bien en entomologie qu'en épidémiologie et infectiologie. Ces points pourront être repris et complétés dans le cadre des travaux ORSAN REB et ORSEC lutte anti-vectorielle (LAV).

Anticiper l'évolution des besoins par une mobilisation des données, savoirs et recherche

Diagnostic et enjeux

Dans son rapport public de retour d'expérience de la crise Covid-19[56], l'Inspection générale des affaires sociales souligne l'importance de la remontée des données nécessaires à la gestion de situation sanitaire exceptionnelle. Au-delà même de la réponse dans ces situations, cet enjeu des données est prioritaire pour anticiper les réponses sanitaires, renforcer le pilotage et la prise de décision et limiter les contre-informations issues de source non fiables (cf. cadre d'orientation stratégique).

L'exploitation par l'Agence et ses partenaires de données de santé est déjà largement ancrée dans les usages : système national des données de santé (SNDS), données de veille sanitaire ou épidémiologiques (SI-VSS, SURSAUD, OSCOUR, réseau Sentinelles, collectées par Santé publique France, etc.), données de registres cliniques (dont e-MUST en Île-de-France), d'activité hospitalière, des services d'urgence ou des SAMU, etc.

Leur mobilisation s'est considérablement accrue, même si elle peut encore être développée : mise en qualité renforcée (notamment des données cliniques), standardisation des formats, élargissement des sources et des partenariats (au-delà des établissements de santé), accélération de la mise à disposition de jeux de données ou de restitutions auprès des producteurs comme des citoyens, etc. Ces enjeux ont vocation à structurer la feuille de route des prochaines années. **L'usage des données est déterminant pour améliorer les prises en charge, la capacité à détecter des signaux faibles, mesurer ou piloter l'activité, évaluer, ou encore rendre compte.**

56 Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de Covid-19 par le ministère des Solidarités et de la Santé. IGAS, novembre 2020.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Le développement des usages de la donnée en santé requiert un investissement régulier quant à sa qualité, son automatisation, sa protection et la sécurisation de son hébergement.

- **La structuration d'une gouvernance régionale de la donnée,** constituant un cadre d'échange de bonnes pratiques, de partage de productions et d'identification des enjeux communs. Cette gouvernance régionale a vocation à développer la dimension partenariale, à décloisonner les pratiques et à s'articuler avec les principaux acteurs nationaux de la donnée de santé.
- **La meilleure identification des sources de données de santé mobilisables** (quels qu'en soient les producteurs), notamment des données cliniques, afin d'en faciliter les usages ou les réutilisations.
- **Le décloisonnement entre la production des données et le pilotage de politiques publiques** avec la mise en œuvre d'actions.
- **La mobilisation de données de santé au service d'une meilleure prise en charge des parcours de santé**, du pilotage des interventions régionales (dont la surveillance épidémiologique et la réponse aux crises sanitaires) et de la recherche clinique.
- **L'accélération des démarches visant à mettre ou remettre à disposition des jeux de données ou restitutions** aux professionnels, réseaux, établissements, usagers et citoyens.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les actions évoquées infra ne pourront être intégralement mises en œuvre sans les partenaires de l'Agence, qu'ils soient producteurs ou utilisateurs de la donnée : établissements de santé (dont l'AP-HP), établissements médico-sociaux, professionnels de santé (en établissement ou en ville), GIP SESAN, CIRE, DCGDR (Direction de la coordination de la gestion du risque de l'Assurance maladie), réseau des CPAM… De même, une articulation étroite avec les acteurs nationaux sera poursuivie : réseaux animés par le ministère de la Santé et de la Prévention (dont la DREES et la DNS), par la Cnam, Santé publique France ou via les projets déployés dans le cadre du Health Data Hub.

Améliorer le partage de l'information, la collaboration et les partenariats régionaux

- **Structurer et animer un réseau permettant de mettre en place des échanges entre structures régionales ou établissements produisant et/ou exploitant les données de santé** (ORS, CIRE, ES dont AP-HP, GIP SESAN, Assurance maladie, collectivités et acteurs locaux, etc.). Cette gouvernance régionale a vocation à partager les enjeux, à standardiser des formats selon les besoins et la mise en qualité des données collectées (référentiels), et à constituer une structure d'échange de productions et/ou de bonnes pratiques. En particulier, elle pourra coordonner les différentes initiatives visant à la constitution d'entrepôts de données de santé au sein d'établissements. Les pistes de travail suivantes pourront être proposées :
  - définir et assurer une collecte de données pertinentes (éviter la multiplication des recueils et les doublons), le cas échéant envisager des mutualisations ;
  - poursuivre l'automatisation de la production de certaines données issues de systèmes d'information régionaux (en lien avec l'offre de soins ou non). Il s'agira notamment de travailler avec les professionnels de santé et les éditeurs de logiciels métiers à l'évaluation de la faisabilité et la mise en place de recueils automatisés des données ;
  - établir la qualité des dispositifs existants, constituer des jeux de données utiles et exploitables pour piloter et développer et/ou recueillir les données manquantes.
- **Établir une cartographie régionale de la donnée de santé et des systèmes d'information en santé produisant ces données** afin d'évaluer l'exploitabilité des données disponibles et leur amélioration, le cas échéant. La pertinence de nouveaux recueils sera étudiée. Cette cartographie pourra être constituée à partir des données actuellement exploitées par l'Agence, le GIP SESAN, les établissements de santé dont l'AP-HP, et être actualisée dans le cadre de la gouvernance régionale mentionnée au point précédent. L'outil sera à usage de l'Agence, mais également mis à disposition des acteurs régionaux.

Mieux mobiliser la donnée, élargir les champs de travail et développer de nouveaux usages

- **Élargir le spectre des données permettant l'identification des risques sanitaires et la réponse à la crise.** La crise du Covid-19 a montré la nécessité de pouvoir mobiliser des types de données qui n'étaient pas systématiquement utilisées en surveillance sanitaire (signaux faibles, données non structurées, données produites par des acteurs extérieurs au secteur de la santé, etc.). De nouveaux partenariats seront recherchés. Dans un premier temps, l'Agence soutiendra le développement d'un **outil alimenté par les causes médicales de décès,** à des fins de surveillance épidémiologique rapide, de diagnostic territoriaux ou d'évaluation de ses interventions. La réutilisation d'un certain nombre de données déjà collectées sera poursuivie, notamment en ce qui concerne les **soins non programmés** et les **tensions hospitalières.**
- **Poursuivre les travaux visant à développer des outils prédictifs**, notamment en ce qui concerne l'activité hospitalière (soins non programmés dont soins critiques, hospitalisation conventionnelle).
- **Renforcer et améliorer le recueil de données cliniques (registres) et de données de prévention et promotion de la santé (sédentarité, obésité…)**, notamment auprès des acteurs de ville, à des fins de recherche ou de meilleure compréhension des parcours de soins. Ces nouveaux outils seront développés en fonction des besoins, de leur pertinence et de leur faisabilité, de leur capacité à améliorer les parcours de soins et du service rendu aux patients ainsi qu'aux soignants.
- **Consolider l'évaluation des dispositifs de remontées des données et leurs retours aux producteurs (SI-VSS[57], SI réclamations, résumés de passages aux urgences, causes médicales de décès, etc.),** afin de promouvoir une amélioration continue de la qualité des données et des éléments utilisés. L'objectif étant par exemple de mettre à disposition des plateformes de contrôle qualité, telles que celles existant pour les données de périnatalité, ou des résumés de passage aux urgences (RPU) pour accompagner les producteurs dans l'amélioration de leurs saisies.
- **Soutenir, via des appels à projets ou appels à manifestation d'intérêt, des démarches visant à collecter, administrer et exploiter des données aujourd'hui faiblement collectées à l'échelle régionale**. Il pourra notamment s'agir de données en lien avec la thématique santé-environnement, santé mentale (données concernant les suicides) ou avec la vulnérabilité sociale.
- **Pouvoir, dans toutes les décisions, apprécier les différences de situations et les écarts entre catégories sociales, en fonction des données disponibles** (caractéristiques des territoires, type d'assurance maladie, indicateurs de fragilité sociale, etc.).

57 SIVSS : Système d'information de veille et sécurité sanitaire.

Rendre compte, mettre à disposition, mieux informer

- **Initier ou soutenir la création d'outils de mise à disposition de jeux de données** (dans le respect du cadre réglementaire actuel sur la protection des données personnelles et, notamment, des données de santé) ou de restitution sous forme d'open data. Ces outils visent à améliorer la transparence liée au fonctionnement du système de santé régional. Ils permettent également d'améliorer l'information des professionnels de santé et des citoyens. Après plusieurs initiatives menées à leur terme au cours des dernières années, **l'élaboration d'un « open data » des données liées à la périnatalité** sera mis en œuvre en priorité. D'autres thématiques feront l'objet de travaux dans les années à venir :
  - promouvoir les outils déjà mis à disposition du grand public (nationaux comme Géodes administré par Santé publique France ou Data pathologies administré par l'Assurance maladie, régionaux comme InTerSanté mis à disposition par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France) ;
  - intégrer le citoyen aussi bien comme producteur qu'utilisateur de la donnée ; l'objectif étant d'obtenir des données pertinentes en matière d'initiatives citoyennes en santé et d'inclure ces données aux retours d'expérience (retours utilisateurs). Ceci permettra de restituer au grand public l'information recueillie (type open data, etc.), au regard de la compréhension et de la capacité à agir des citoyens. La mise à disposition des données de santé, mais également des données relatives aux actions conduites par l'ARS vers les Franciliens, créera un cercle vertueux permettant de répondre aux enjeux de confiance sur le traitement des données et la bonne exploitation de celles-ci.

Renforcer la lutte contre l'antibiorésistance sous l'angle « Une seule santé »

Diagnostic et enjeux

Les antibiotiques ont révolutionné la médecine en permettant le traitement efficace des infections bactériennes. Toutefois, leur utilisation excessive et inappropriée contribue (avec l'inobservance) à l'apparition des résistances des bactéries aux antibiotiques.

La lutte contre l'émergence des antibiorésistances est une priorité mondiale pour la santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la résistance aux antimicrobiens était l'une des dix plus grandes menaces pour la santé publique[58]. Il est estimé qu'en 2050, les infections dues à des agents infectieux résistants pourront provoquer jusqu'à 10 millions de morts[59].

Le concept « Une seule santé », qui reconnaît l'interconnexion entre les santés humaine, animale et environnementale, est également devenu un élément clé de la lutte contre l'antibiorésistance.

Avec près de 125 000 infections à bactéries multi-résistantes et plus de 5 500 décès attribuables en France en 2015, la prévention de l'antibiorésistance est un défi majeur dans la prise en charge des infections bactériennes.

Malgré les progrès accomplis, la France demeure à la quatrième place des pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe, avec une **consommation supérieure de 23 % à la moyenne européenne,** essentiellement en ville (92 %)[60].

En Île-de-France, sur le temps du PRS2, la consommation d'antibiotiques en ville a baissé de 16 %. Cette diminution ne permet pas de compenser la **surconsommation en région de plus de 10 % supérieure à la moyenne nationale en 2021[61].**

En France, les **actions de maîtrise de la résistance des bactéries aux antibiotiques sont portées par la feuille de route interministérielle**, adoptée en 2016, définissant les enjeux et objectifs interministériels dans une

58 « Principaux repères sur la résistance aux antimicrobiens », OMS.

59 « Review on Antimicrobial Resistance », O'Neill, J. Tacking drug-resistant infections globaly: final report and recommendations. London: AMR; 2016.

60 Strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

61 Bilan PRS2 2018-2022.

approche intersectorielle « Une seule santé »[62]. Ces actions complètent celles mises en œuvre depuis 2001 dans le cadre des plans nationaux successifs pour préserver l'efficacité des antibiotiques en santé humaine, et depuis 2012 dans le cadre des plans Écoantibio[63] en parallèle de la réglementation en santé animale. La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, publiée le 7 février 2022, constitue la déclinaison sectorielle en santé humaine et remplace le programme de prévention des infections associées aux soins de 2015 (PROPIAS)[64].

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Ces objectifs s'articulent avec les feuilles de route et plans nationaux.

- **Promouvoir une moindre consommation d'antibiotiques.**
- **Prévenir les infections** afin de traiter le problème à la source en respectant une éthique de santé publique, prenant en compte les déterminants de santé, dont l'environnement.
- **Faire la promotion active des formations diplômantes « One-health »** auprès des professionnels de santé afin d'encourager une approche globale dans le domaine de l'antibiorésistance.
- **S'assurer du renforcement des relais locaux** entre professionnels pour poursuivre la diffusion des bonnes pratiques et le partage entre pairs, qui sont les points d'ancrage pour une intelligence collective et l'émergence de pistes d'améliorations innovantes.
- **Renforcer l'association des professionnels de l'écologie et des vétérinaires** dans la conception et l'évaluation des programmes d'action en santé publique ; l'objectif étant de compléter les actions développées dans le PRSE, pour un environnement favorable à la santé en agissant sur tous les moments de la vie quotidienne, en y intégrant les pratiques de soins et de prévention.
- **Élargir le prisme d'action en faveur de la réduction de l'utilisation de produits biocides** dans les structures de soins et les établissements accueillant des personnes vulnérables en développant des pratiques quotidiennes appropriées.

62 feuille_de_route_antibioresistance_nov_2016.pdf

63 Plan_ecoantibio2.pdf

64 strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **Sensibiliser sur l'antibiorésistance** est un élément clé pour garantir un parcours de santé optimal pour les patients ; plusieurs actions peuvent être déployées avec nos partenaires et les acteurs (Assurance maladie, SPF, Centre régional en antibiothérapie (CRAtb), CPIAS, professionnels de santé…).
  - Mettre en place des actions pour impliquer davantage les collectivités territoriales dans la réduction de l'utilisation des antibiotiques, ceci dans le but de mieux informer la population sur les raisons formelles pour lesquelles l'utilisation systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée. L'intégration du sujet de l'antibiorésistance dans des programmes d'éducation en santé pourra être déployée lors des services sanitaires, d'ateliers CLS ou d'ateliers santé ville.
  - Poursuivre la communication active sur les antibiotiques, non stigmatisante sur leur consommation et avec des messages clairs sur les risques de l'automédication.
  - Développer la prévention personnalisée au sein de « Mon espace santé » pour aider chacun à adopter les bonnes pratiques (cf. fiche 3.11).
  - Faire connaître aux professionnels du soin le Centre régional en antibiothérapie (CRAtb), en communiquant sur ses missions, ses formations et ses publications.
  - Informer les professionnels de santé prescripteurs de l'existence d'outils numériques simples d'aide à la prescription d'antibiotiques[65].
  - Renforcer le statut de référent en antibiotiques au sein des établissements de santé et médico-sociaux et des structures d'exercice coordonné, en lien avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). Promouvoir la mise en place de ces référents en ville et au sein des établissements privés (en mettant en place des conventions public-privé, par exemple).
  - Promouvoir les bonnes pratiques de prescription et de délivrance, et éviter les prescriptions non pertinentes d'antibiotiques :
    - en utilisant l'emploi d'ordonnances de non-prescription ;
    - en prescrivant un spectre de l'antibiotique le plus étroit possible

65 cf. Outils d'aide à la prescription - Bon usage atb - Groupes de travail - SPILF (infectiologie.com).

avec une durée de traitement la plus courte possible ;

. en délivrant l'antibiotique à l'unité, pour éviter toute surconsommation ;

. en pratiquant la conciliation médicamenteuse.

– Créer des instances d'échanges et de partage entre les prescripteurs (médecins) et les dispensateurs (pharmaciens).

– Déployer des tests pédiatriques pour les virus hivernaux « classiques » selon la période et la pertinence. Cette logique de test pourra être appliquée également pour les cas groupés d'infections respiratoires.

- Suivre et **mieux communiquer sur les données** de consommation d'antibiotiques et d'antibiorésistance au niveau régional, en lien avec Santé publique France, pour mieux comprendre l'évolution de l'antibiorésistance et la situation francilienne, et ainsi prendre des mesures adaptées.
- **Communiquer en interne à l'Agence sur la dimension « Une seule santé »** pour sensibiliser les agents dans leur conduite de projets et pour repérer leurs partenaires ayant intérêt à agir. Il conviendra de les mobiliser en mettant en place une animation territoriale.
- **Dans les missions de lutte contre l'antibiorésistance, assurer une continuité entre la santé et l'environnement** en développant ou en faisant la promotion d'outils (kits pédagogiques) pour permettre aux collectivités et aux particuliers de mieux comprendre l'impact des antibiotiques sur l'environnement et leur santé au quotidien. Pour les professionnels de santé de ville, cela pourra passer par la désignation de référents pour la santé environnementale dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), par exemple. Cela pourra également être l'occasion d'évoquer ces sujets au sein de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ou en commission de coordination des politiques publiques (CCPP) pour la prévention, afin de promouvoir des actions de sensibilisation et de prévention. Les professionnels de l'environnement et de la santé animale pourront y être conviés.
- **Développer la « préservation de l'environnement »** dans les actions de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

  – Favoriser l'éconettoyage (cf. fiche 5.6) et diffuser des connaissances sur les alternatives aux produits biocides, notamment au sein des structures médico-sociales. Les IDE hygiénistes au sein des équipes opérationnelles d'hygiène et le CPIAS sont les interlocuteurs privilégiés.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

– Poursuivre les efforts de traitement des rejets et analyser leur impact sur l'environnement, en prenant en compte les antibiotiques mais également les autres rejets médicamenteux. Les travaux réalisés sur la conformité des raccordements des installations de rejet d'eaux usées dans le cadre des JOP 2024 (baignade en Seine) ont mis en lumière, une nouvelle fois, l'importance de l'assainissement. En matière de traitement des rejets, on peut mentionner la mise en service d'unités de désinfection de deux stations d'épuration du Service public de l'assainissement francilien (SIAAP) de Marne-Aval et Seine-Valenton. Des actions plus précises sur les rejets et effluents des établissements de santé et médicosociaux pourront être développées, notamment dans le cadre de la déclinaison régionale de plans tels que la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance ou l'approche « Une seule santé ».

– Mieux identifier les circuits d'élimination des médicaments périmés en s'appuyant sur les travaux réalisés par Cyclamed et les faire connaître du plus grand nombre.

– Adopter une utilisation raisonnée des biocides dans les crèches et autres structures de petite enfance, en prenant en compte l'angle de l'antibiorésistance et en s'appuyant sur des initiatives telles que le label Écolo crèche®.

Gérer, anticiper et prévenir les risques

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

AXE 6

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Forte de la conviction partagée par tous les acteurs de la nécessité d'une action coordonnée sur les déterminants de la santé comme levier d'amélioration de l'état de santé des populations, l'axe 6 de ce schéma régional de santé vise à rendre systématique la prise en compte des enjeux et des conséquences en manière d'équité en santé **dans toutes les politiques**.

Par *toutes les politiques* est entendu une **approche intersectorielle** des enjeux sanitaires et d'équité en santé dans la prise de décision des acteurs dont l'action a un impact sur les déterminants sociaux et territoriaux de santé : logement, alimentation et nutrition, sport et activité physique, politique de la ville, aménagement du territoire, caractéristiques environnementales, etc.

En s'attachant aux causes structurelles des inégalités dans la région, là où les inégalités sociales et territoriales sont les plus marquées, la **déclinaison locale et territoriale** du plaidoyer et de l'action est essentielle pour répondre aux besoins de cohérence et de lisibilité des mesures non sanitaires.

Par une approche basée sur le gradient social et l'universalisme proportionné, cet axe décline la mobilisation des compétences intersectorielles pour l'efficacité de l'action en santé, d'une part par une entrée territoriale (territoires défavorisés, équité en santé dans l'aménagement du territoire et l'urbanisme, déclinaison territoriale des enjeux de santé mentale), et d'autre part par certains déterminants clés (conditions d'habitat et de logement favorables à la santé, accès et pratique d'activité physique, comportements nutritionnels et accès à une alimentation favorable à la santé).

AXE 6 | Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

EN BREF

- **Action coordonnée des politiques publiques régionales sur les déterminants de la santé comme levier d'amélioration de l'état de santé des populations.**
- **7 fiches-actions pour renforcer les partenariats avec les acteurs, avec une entrée territoriale et sur certains déterminants clés**

MESURES CLÉ

#DéterminantsDeSanté

Systématiser l'association entre les contrats locaux de santé (CLS), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les CPTS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé et des projets des CPTS

#TerritoiresDéfavorisés

Consolider les bases de données, les outils statistiques et de planification pour une prise en compte systématique des QPV et des territoires ruraux défavorisés dans les interventions et l'allocation de ressources

#Nutrition

Augmenter le nombre d'actions de promotion de la santé en faveur des personnes éloignées d'une alimentation favorable à la santé et durable

#SantéMentale

Augmenter la part des communes franciliennes disposant d'un Conseil local de santé mentale (CLSM) parmi celles comptant un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)

#SportSanté

Développer l'accessibilité aux séances d'activité physique adaptée

#Logement

Intensifier la lutte contre l'habitat indigne en mobilisant l'ensemble des partenaires et en renforçant chaque étape du traitement (repérage, prise en charge environnementale et sanitaire, suivi pénal)

#Aménagement

Renforcer la prise en compte des besoins des habitants et usagers pour une meilleure adéquation des projets urbains, en se concentrant dans les secteurs de cumul d'expositions environnementales et/ou de défaveur sociale

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

EXEMPLES D'ACTIONS DÉPARTEMENTALES ISSUES DU CNR SANTÉ SÉLECTIONNÉES EN LIEN AVEC LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

1. Accompagner le réseau 77 des collectivités engagées en santé (extension, animation et pilotage) (Seine-et-Marne – 77).
2. Accompagner les collectivités territoriales qui souhaitent s'engager dans une démarche sport santé (Seine-et-Marne – 77).
3. Rattacher un médiateur santé à un Conseil local de santé mentale afin de porter une démarche d'aller-vers et de faire-avec (Val-de-Marne – 94).

INDICATEURS STRATÉGIQUES

N° indicateur	Intitulé	T0	Cible 2028
Indicateur 30	**Part des communes franciliennes disposant de conseil local de santé mentale parmi celles comptant un quartier prioritaire de la politique de la ville**	**2022** 51 communes sur 141	70 communes sur 141
Indicateur 31	**Nombre de projets innovants accompagnés, notamment dans le cadre de l'appel à projets sur les inégalités sociales de santé, agissant sur les déterminants de santé et respectant la méthodologie en santé publique**	**2023** 120	240

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Développer les coalitions d'acteurs agissant pour l'amélioration des déterminants de la santé des Franciliens

Diagnostic et enjeux

La mobilisation de compétences intersectorielles est une nécessité pour agir efficacement sur la santé

Concevoir et mettre en œuvre des interventions portant sur les déterminants de la santé représente le premier levier de réduction des inégalités sociales de santé et met en jeu un ensemble de compétences réglementaires et techniques relevant d'acteurs et de domaines multiples. De plus, la pertinence et l'efficacité des actions menées dépendent également de la bonne association de l'ensemble des parties prenantes, et particulièrement des groupes sociaux bénéficiaires et des habitants des territoires concernés, afin de contribuer à la réduction des inégalités de santé. **C'est en favorisant des synergies avec les acteurs extérieurs au champ professionnel strict de la santé, et notamment avec la société civile, que l'Agence souhaite faire progresser la prise en compte de la santé dans toutes les politiques**.

Les collectivités territoriales, partenaires privilégiés

Dans cette perspective, **l'Agence réaffirme l'importance d'un travail rapproché avec les collectivités territoriales dont les compétences touchent au plus proche de la vie quotidienne des Franciliens** et des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Au niveau communal ou intercommunal, l'outil central de cette coopération doit être le Contrat local de santé (CLS) et l'affirmation de priorités d'intervention partagées entre l'Agence et la collectivité. **Les CLS ont vocation à faire converger, sans nécessairement les intégrer, les démarches locales de santé** : projets d'acteurs, projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou des établissements sanitaires ou médico-sociaux du territoire, Conseils locaux de santé mentale (CLSM), démarches d'urbanisme favorables à la santé, etc. Ils doivent être l'outil permettant de mobiliser l'ensemble des compétences techniques mais surtout des décisions politiques nécessaires pour peser sur les déterminants de santé (aussi bien déterminants socio-environnementaux qu'organisation locale de la prévention et de la prise en charge).

Des partenariats stratégiques sectoriels

Des partenariats stratégiques seront initiés, consolidés ou renforcés avec les acteurs importants du parcours de vie et de l'environnement des habitants : **Éducation nationale, acteurs du logement, de l'action sociale, acteurs de l'enseignement supérieur, acteurs de la santé au travail**. Ces partenariats ont vocation à se nourrir d'une approche complémentaire en lien avec la société civile dans les champs concernés, en particulier les associations et organisations non gouvernementales (ONG), mais aussi des dispositifs de participation des habitants ou usagers à chaque niveau pertinent.

Réunir acteurs institutionnels, recherche et société civile dans des coalitions thématiques

En conciliant ces deux approches, l'Agence régionale de santé entend également capitaliser sur les expériences et les partenariats construits lors du PRS 2018-2023 ainsi que sur les expériences issues de la crise sanitaire, et se positionner comme moteur de coalitions d'acteurs en faveur de l'amélioration des déterminants de la santé des Franciliens.

La mobilisation de telles coalitions, au niveau territorial, sectoriel ou régional, pourra bénéficier des outils du plaidoyer tels que les évaluations d'impact en santé, le transfert de connaissances, la participation des habitants-usagers-citoyens (cf. fiche 1.1, notamment) ou la mobilisation de la recherche et des données (cf. fiche 5.5). Ces coalitions seront soutenues, notamment, par les moyens issus de la mesure 27 « lutter contre les inégalités de santé » du Ségur de la santé.

La synergie des acteurs comme objectif de l'animation territoriale de l'ARS Île-de-France

Ces principes et outils ont également vocation à nourrir l'animation territoriale, en particulier pour favoriser la cohérence et les synergies entre les projets de santé portés par les collectivités (CLS, CLSM, ateliers santé ville (ASV)), les projets de santé des CPTS et ceux des établissements de santé ou médico-sociaux (cf. axes 2 et 3). L'Agence sera attentive au fait que ces projets se coordonnent et se nourrissent, et soient construits avec les acteurs dans le cadre des CLS ou des CPTS (cf. axe 3). La mise en œuvre opérationnelle des priorités spécifiques identifiées dans ces projets territoriaux pourra bénéficier d'un appui de l'ARS, notamment par l'engagement de coopératives d'acteurs, dont l'expérimentation au cours du PRS 2018-2023 s'est avérée concluante. Les conseils territoriaux de santé (CTS) seront mobilisés dans l'identification des actions à mettre en œuvre au niveau local et dans leur suivi.

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Pour l'ensemble de ces démarches, **la cohérence et la pertinence des projets dans leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé** doivent s'appuyer sur un renforcement des démarches de participation des habitants, usagers et citoyens, sur la prise en compte de leur expression et de leurs projets et sur le soutien à leur capacité d'organisation locale en faveur de leur propre santé.

Dans certains territoires ruraux ou urbains en difficulté, l'enjeu sera de **favoriser l'émergence d'acteurs et d'accompagner leur capacité à intervenir en santé**, notamment par les outils et démarches évoquées ci-dessus : renforcement des compétences techniques de collectivités, soutien aux acteurs de terrain, mise en œuvre d'actions innovantes à partir des ressources existantes, y compris des acteurs non sanitaires, des données probantes ou des expériences prometteuses.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Mettre en synergie des politiques favorables à la santé pour chaque territoire

- **Systématiser l'association entre les CLS, les CLSM et les CPTS** dans l'élaboration des projets territoriaux de santé et des projets des CPTS.
- **Faire des CLS l'outil de cohérence d'un projet territorial de santé** fondé sur la prise en compte des déterminants de la santé et sur des outils efficaces de réduction des inégalités sociales de santé.
- Potentialiser l'impact des coordinations locales par la déclinaison en outils d'animation et d'intervention adaptés : coopératives d'acteurs, plateformes thématiques, médiation en santé…
- Appuyer les démarches de participation des habitants, usagers et citoyens dans l'élaboration de projets territoriaux en santé.
- Faire émerger des acteurs d'intervention en promotion de la santé dans les territoires n'en disposant pas.

Porter la promotion de la santé comme un enjeu transversal aux politiques publiques

- **Développer des évaluations d'impact sur la santé (EIS)** portant sur au moins deux thématiques d'intervention hors champ de l'urbanisme, en particulier le champ de l'enfance/jeunesse.
- Renforcer la sensibilisation et la capacité de mobilisation des élus

locaux et directeurs généraux des services des collectivités autour de la santé dans toutes les politiques en partenariat avec les associations d'élus.

- **Développer l'offre de formation et de sensibilisation en promotion de la santé** à destination des acteurs de champs déterminants de la santé.
- Inciter et accompagner l'émergence de projets territoriaux mobilisant plusieurs leviers autour d'une même question de santé.

Développer et renforcer des alliances à l'échelle régionale avec les acteurs des politiques publiques et la société civile

- **Consolider l'alliance régionale avec les acteurs du logement**, qui constitue le cadre de la démarche de coalition initiée avec de grands acteurs publics et associatifs du secteur.
- Développer une stratégie de coalitions thématiques d'acteurs régionaux autour d'enjeux prioritaires.
- Développer les capacités de la société civile à se saisir des enjeux de santé de manière concrète en mobilisant les outils d'information, de communication, les données et les démarches de transfert de connaissances développés dans les axes 1 et 5.

Affirmer le rôle moteur de l'ARS Île-de-France dans les politiques interministérielles concernant la santé

- Renforcer le pilotage de la promotion de la santé en milieu scolaire à travers la convention-cadre ARS-rectorats et sa mise en œuvre.
- Renforcer le partenariat avec les services et agences de l'État en charge de **l'aménagement du territoire**, au niveau régional comme départemental (DRIEATE (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et des transports) ; DDT (Direction départementale des territoires) ; ANRU ; Ademe ; Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema)…).
- Renforcer le partenariat avec les services de l'État chargés des **politiques sociales** (DRIHL, DRIETS).
- Porter la place de la santé des habitants comme enjeu de la **politique de la ville** (cf. fiches 6.3 et 6.4).

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Les moyens de parvenir à cet objectif se déclinent en plusieurs catégories

- Partenariats autour de questions populationnelles ou thématiques :
  - convention-cadre ARS/rectorats ;
  - relations avec les universités et Crous ;
  - protocoles avec les services de l'État en charge de l'aménagement, de l'urbanisme et du développement durable, ainsi qu'avec les agences publiques du secteur, avec les services de l'État en charge des politiques sociales et avec les services de l'État en charge des politiques éducatives, de citoyenneté et du sport ;
  - remobiliser la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) régionale et, le cas échéant, mettre en place des CCPP départementales ;
  - partenariats avec la société civile et le monde associatif autour d'enjeux spécifiques.
- Instances et programmes régionaux :
  - commissions thématiques, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
  - déploiement du programme d'actions partagées de l'alliance régionale « Santé par le logement » avec les acteurs du logement (cf. fiche 6.5) ;
  - mobilisation de coalitions d'acteurs régionaux incluant la société civile autour de thématiques complexes de promotion de la santé, telles que l'impact des discriminations sur la santé.
- Cadres politiques et techniques d'élaboration et de pilotage de projets de santé territoriaux :
  - politique volontariste d'élaboration et de participation aux instances des CLS et CLSM et soutien à l'ingénierie de projet CLS et CLSM renforcé dans les territoires aux indicateurs de santé défavorables, sur le fondement de l'IDH2 révisé ;

– coordination renforcée avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour améliorer la cohérence entre les objectifs territoriaux portés par les CLS et les CPTS ;

– mobilisation des conseils territoriaux de santé (CTS) et de leurs commissions, des comités de pilotage (Copil) « projets territoriaux de santé mentale » (PTSM), et concertations organisées selon les modalités du Conseil national de la refondation (CNR) en santé.

- Outils de mise en œuvre d'interventions partagées :

  – coopératives d'acteurs en promotion de la santé ;

  – programmation Fonds d'intervention régional (FIR PPS), FIR « mesure 27 du Ségur de la santé pour la lutte contre les inégalités de santé ».

- Outils d'appui :

  – production de ressources régionales et de dispositifs d'accompagnement ou d'expertise ;

  – mobilisation de données et de la recherche auprès des partenaires et pour la société civile ;

  – production d'EIS comme outils d'appropriation des enjeux par les acteurs.

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Systématiser l'intégration des enjeux de santé mentale dans la déclinaison territoriale des partenariats de l'Agence

Diagnostic et enjeux

Cette ambition et cette responsabilité partagée s'incarnent à l'échelle de chaque territoire dans un ensemble de projets et de lieux de mise en débat :

- les **82 Contrats locaux de santé (CLS),** dont le projet de santé devrait intégrer un volet relatif à la santé mentale en Île-de-France depuis 2012. Depuis 2022, la loi renforce la nécessité d'intégrer un volet santé mentale ;
- **les 63 Conseils locaux de santé mentale (CLSM),** qui constituent la méthode la plus aboutie de concertation politique et de coopération opérationnelle en faveur d'une approche globale de la santé mentale dans la cité ;
- les **9 projets territoriaux de santé mentale (PTSM),** leurs comités de pilotage et les commissions spécialisées en santé mentale, garants de l'articulation des politiques portées à l'échelle départementale et de la convergence des projets des acteurs majeurs de la prise en charge et de la prévention.

Ces dispositifs doivent porter une vision de la santé mentale globale, incluant l'accès aux soins et aux accompagnements dans une logique de rétablissement de la personne, mais également de prévention et de promotion d'une santé mentale positive, mobilisant des partenariats avec les porteurs des politiques publiques susceptibles d'influer sur l'état en santé mentale, en particulier l'éducation, le logement et les politiques sociales et d'emploi.

Au niveau régional, les partenariats institutionnels noués par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France intègrent systématiquement l'enjeu de la déclinaison locale d'actions coordonnées pour la santé mentale à travers les dispositifs cités ci-dessus.

La mise en œuvre de ces partenariats permet, d'une part, d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, et d'autre part, de développer les dispositifs de prévention, de déstigmatisation, de dépistage et d'inclusion des personnes vivant avec un trouble psychique, qui intègrent l'ensemble des parties prenantes institutionnelles et opérationnelles.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Afin d'intégrer la santé mentale dans toutes les politiques, **il est indispensable de structurer à plusieurs niveaux des partenariats inter-institutionnels entre la santé et les autres acteurs publics.**

- **Les CLSM : un dispositif territorial de concertation et de prévention-promotion de la santé mentale**
  - Promouvoir la création de CLSM comme moyen privilégié de mise en œuvre d'actions en santé mentale sur un territoire, en tant que déclinaison de l'ambition d'un CLS et prioritairement dans les territoires défavorisés ou concernés par la politique de la ville.
  - Accompagner le développement d'actions probantes dans le volet santé mentale des CLS.
  - Soutenir les CLSM existants dans leur fonctionnement : Copil régional des coordonnateurs de CLSM, participation des délégations départementales de l'ARS aux Copil des CLSM.
  - Promouvoir la mise en œuvre d'actions par les CLSM dans les quartiers prioritaires.
  - Outiller les CLSM dans leur mission de plaidoyer, pour faire de la santé mentale une priorité dans toutes les politiques, et dans leur rôle d'interface entre acteurs d'un territoire de proximité : aide au diagnostic territorial, constitution d'un tableau de bord de la santé mentale, fournir aux CLSM un éventail d'actions territoriales pour la prévention et la promotion de la santé mentale.
  - Soutenir la coordination opérationnelle autour des réseaux d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD) / cellules d'étude des situations complexes, et expérimenter une déclinaison de ces dispositifs concernant les jeunes vivant au domicile de leurs parents.
  - Renforcer la participation des habitants et des personnes concernées aux CLSM (usagers, personnes malades, porteuses de handicap).
  - Renforcer l'articulation entre CLSM, dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et CPTS (cf. fiche 2.1).
  - Viser le déploiement de Premiers secours en santé mentale (PSSM) auprès des groupes vulnérables et des acteurs du lien social (associations, animation socio-culturelle, sport…) en population générale, en mobilisant les déclinaisons du programme (PSSM jeunes et PSSM personnes âgées à venir).
- **Les PTSM : garantir une approche globale en santé mentale dans les territoires, par une dynamique renouvelée et durable**
  - Renforcer la coordination régionale entre les PTSM.
  - Maintenir la dynamique partenariale et territoriale, en achevant dans tous les territoires la phase de contractualisation et de renouvellement.
  - Renforcer les échanges entre CLSM et PTSM.
  - Anticiper le renouvellement des PTSM, après les cinq premières années de fonctionnement.
- **La santé mentale comme axe des principaux partenariats structurants de l'ARS (Éducation nationale, conseils départementaux, PJJ, etc.)**
  - Inscrire des priorités de santé mentale dans les conventions-cadres régionales entre l'Agence et les partenaires institutionnels (Éducation nationale, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), AORIF, etc.).
  - Porter le plaidoyer pour la prise en compte des effets sur la santé mentale des programmes et plans élaborés dans le cadre des politiques publiques déterminantes : logement/hébergement, aide sociale à l'enfance et aide sociale.
  - Décliner ces conventions au niveau territorial.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Levier financier : co-financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) des CLSM au regard de critères fixés par l'Agence ; soutien aux projets dans les domaines du développement des compétences psychosociales, du logement, privilégiant les co-financement avec les différentes parties prenantes ; dégager des marges régionales.
- Renforcer le lien entre l'existence de démarches territoriales (CLS, CLSM) et le financement de projets.
- Levier partenarial : contractualisation avec les institutions partenaires.
- Levier managérial : pilotage, coordination et suivi des politiques de santé intégrant les autres acteurs publics.

- Capitalisation des actions menées afin de partager les diagnostics et évaluations probantes (par exemple, appui au renouvellement des PTSM par la mise à disposition d'éléments de diagnostic).
- Plaidoyer auprès des institutions partenaires.

Deux thématiques, qui visent la prévention et la promotion de la santé mentale, imposent particulièrement l'articulation territoriale des partenariats locaux pour agir sur les déterminants de la santé mentale : le **développement des compétences psychosociales chez l'enfant** et **l'action via le logement et l'environnement des Franciliens.**

- **Portage tri-partenarial du développement des compétences psychosociales compte tenu de leur dimension socio-environnementale majeure, et notamment en milieu scolaire** (cf. fiches 1.3 et 1.6) :
  - construire, avec les conseils départementaux (CD) et les directions des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN), un pilotage et une coordination territoriale du déploiement des compétences psychosociales ;
  - appuyer les comités départementaux dédiés au renforcement des programmes de développement de compétences psychosociales et leurs comités de pilotage, copilotés par l'ARS Île-de-France, les services de l'Éducation nationale et les conseils départementaux, qui permettent l'articulation des interventions, leur implantation et la programmation concertée en déclinaison de la stratégie interministérielle de soutien au renforcement des compétences psychosociales.
- **Des initiatives et expérimentations territoriales exemplaires en lien avec le logement et l'environnement :**
  - soutenir les expérimentations territoriales multi-partenariales entre santé mentale / logement / environnement ;
  - mettre à disposition de l'ensemble des territoires les actions probantes expérimentées.

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Améliorer l'impact en santé dans les territoires défavorisés

Diagnostic et enjeux

Si la région Île-de-France est riche, elle est fortement inégalitaire et ces inégalités touchent également la santé, tant dans ses déterminants que l'état de santé de la population ou l'accès aux soins et aux accompagnements. **Ces inégalités sociales de santé s'incarnent dans les parcours des personnes mais également dans les territoires de vie, via les effets de ségrégation spatiale (entre catégories sociales, entre zones d'activité et de logement).** Cela doit attirer l'attention sur les territoires les moins favorisés au regard de l'IDH-2, avec une attention plus particulière aux enjeux relatifs aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et aux poches de pauvreté rurales présentes sur le pourtour de la région.

La région Île-de-France compte 272 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) dans lesquels vivent 1,5 million d'habitants, soit 13 % de la population de la région. Fortement marqués par la pauvreté, la surreprésentation des ménages monoparentaux, des cumuls de fragilités des individus et d'exposition aux nuisances ainsi qu'un moindre accès aux services, y compris aux services de santé, ces territoires présentent une concentration de déterminants défavorables pour la santé.

En conséquence, ils font l'objet d'une attention particulière dans la politique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé de l'ARS Île-de-France depuis le premier projet régional de santé. Par ailleurs, les actions de l'Agence en direction des QPV s'inscrivent dans un cadre d'un partenariat général lié à la politique de la Ville. L'ARS conduit son action en lien étroit avec les services préfectoraux concernés, les centres de ressources politique de la ville et les collectivités territoriales : intercommunalités (EPCI) signataires de contrats de ville et communes comptant des QPV sur leur territoire.

En pratique, 252 QPV sur 272 sont couverts par un Contrat local de santé (CLS), et un grand nombre d'entre eux par un Conseil local de santé mentale (CLSM). Ces dispositifs ont vocation à approfondir leur action auprès des habitants des QPV, en lien avec les modalités de renouvellement des contractualisations locales de la politique de la ville prévues en 2024.

Au-delà de la seule action des dispositifs de coordination locale en santé, un enjeu majeur consiste à concrétiser les approches d'universalisme

proportionné dans l'ensemble des outils de planification en santé de l'Agence et à favoriser l'impact des interventions et l'émergence d'acteurs de santé en capacité d'agir dans les territoires fortement déficitaires.

Enfin, il faut noter que les territoires en politique de la ville sont souvent ceux où émergent des innovations – notamment en promotion de la santé – fondées sur une approche participative et sur le savoir expérientiel des habitants et de leurs associations.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Renforcer la mobilisation des moyens en faveur des territoires défavorisés

- Consolider les bases de données, les outils statistiques et de planification permettant la prise en compte systématique des QPV et des territoires ruraux défavorisés dans les interventions et l'allocation de ressources.
- Renforcer la priorisation des territoires fragiles dans les actions de prévention ou d'accès aux soins conjointes avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).
- Renforcer les capacités d'action des habitants et associations des QPV, et prendre appui sur leur expérience.
- Mettre en place, en lien avec les CPAM, un accompagnement coordonné des acteurs locaux (CLS, CPTS) pour la prise en compte des enjeux liés aux inégalités sociales de santé.
- Prendre en compte la dimension spécifique du renouvellement urbain, tant en ce qu'il peut induire comme risques pour la santé qu'en ce qu'il peut constituer d'opportunités (cf. fiche 6.4).

Renforcer la prise en compte de la dimension santé dans la politique de la ville

- Contribuer à l'élaboration et au pilotage des contrats de ville nouvelle génération.
- Construire un outil d'observation de l'état de santé et de l'offre en santé des quartiers défavorisés franciliens.
- Renforcer le partenariat avec les services en charge de la politique de la ville dans les préfectures, à travers une feuille de route conjointe ARS/préfet de région pour la mise en œuvre d'actions en santé cohérentes dans les territoires concernés.

Améliorer l'impact des actions en santé dans les territoires fragiles

- Permettre l'élaboration de programmes d'intervention pluriannuels dans le cadre des CLS.
- Renforcer la capacité des CLS et CLSM à produire des actions destinées spécifiquement aux QPV, en particulier via le développement de la médiation en santé, des coopératives d'acteurs de prévention et l'articulation avec les ateliers santé ville.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- Intégrer la dimension de défaveur sociale (indicateur FDEP) dans l'ensemble des analyses territoriales ou épidémiologiques conduites par l'ARS Île-de-France. Pour disposer des données les plus fiables, il conviendra d'actualiser l'indice de développement humain régionalisé (IDH-2).
- Cadrer et accompagner le renouvellement des Contrats locaux de santé et des nouveaux CLS pour assurer un renforcement de leurs actions dans les QPV.
- Pérenniser le dispositif d'accompagnement des coordonnateurs CLS, CLSM et ASV par PromoSanté Île-de-France.
- Enrichir les processus d'allocation des ressources de l'ensemble des champs d'intervention de l'Agence par les indicateurs de défaveur sociale (IDH-2, FDEP).
- Consolider les capacités de coordination des CLS et CLSM ; stabilisation des postes et accompagnement des élus.
- Améliorer la lisibilité et l'impact des actions financées dans les territoires fragiles.
- Nouer des partenariats avec PromoSanté Île-de-France et les centres de ressources politique de la Ville.
- Investir dans l'accompagnement des projets « santé » des Cités éducatives.
- Pérenniser et approfondir le programme de travail partagé avec l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU).

Renforcer l'équité en santé dans l'urbanisme et l'aménagement du territoire francilien

Diagnostic et enjeux

Les caractéristiques urbaines, la qualité du cadre de vie et les expositions aux nuisances constituent un déterminant de santé fondamental, en pesant sur les pratiques et comportements individuels et collectifs. Ainsi, l'accès aux services, le sentiment de sécurité dans l'espace public, la « marchabilité » des territoires, l'accès à des espaces verts, l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap dans l'espace urbain, sont autant de leviers pour accroître l'activité physique et limiter la sédentarité, ou pour promouvoir une meilleure prise en compte de la santé mentale.

Ces aménités contribuent à l'atteinte des objectifs de santé publique, par exemple la réduction du risque de développer certaines pathologies chroniques – telles que le diabète et l'obésité – ou encore du risque de décompensations psychiques, comme les effets du confinement l'ont démontré. Or, ces aménités ne sont pas équitablement distribuées en Île-de-France, et il est acquis que ces écarts contribuent très significativement aux écarts des pathologies liées.

Deux clés de lecture systémiques doivent être prises en compte dans l'analyse des besoins et guider l'action publique d'équité territoriale en santé : les dynamiques de ségrégation urbaine et les différentiels d'exposition aux nuisances environnementales.

Tout d'abord, les usages et le fonctionnement urbains ont des impacts sur la santé humaine dans l'ensemble des territoires, et sont particulièrement visibles en zone urbaine dense francilienne. En effet, les facteurs cumulatifs de relégation urbaine[66] tels que le revenu déclaré par unité de consommation, le parc et le prix des logements et la distance aux lieux d'emploi sont la manifestation dans l'organisation socio-spatiale des déterminants de santé. Ces constats déterminent de fait des enjeux prioritaires d'intervention en santé urbaine de l'ARS Île-de-France : **renouvellement urbain, densification et recentrage autour des quartiers émergents, utilisation différenciée des transports en commun, inégale accessibilité des territoires…**

66 https://www.apur.org/sites/default/files/12p224_mixite_sociale_segregation.pdf?token=MDL2HXLo

Ensuite, les choix d'aménagement des territoires doivent prendre en considération les **différentiels d'exposition et de vulnérabilité face aux nuisances environnementales** existantes ou à venir, qui interagissent avec les facteurs sociaux. Outre la réduction des émissions, les leviers d'action en santé environnementale doivent être mobilisés en priorisant les territoires cumulant les plus fortes expositions environnementales et les populations les plus vulnérables, pour contribuer à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé (faire écran à des nuisances sonores et faciliter la dispersion des polluants de l'air à proximité des axes importants de trafic, réduire les phénomènes d'îlots de chaleur urbains…).

Par cette analyse intersectorielle des inégalités sociales et territoriales de santé et une méthodologie en co-construction avec les usagers et habitants, la planification urbaine peut donc offrir un moyen puissant pour conduire une politique territoriale d'équité en santé.

L'ensemble des décideurs, parmi lesquels les collectivités territoriales et les porteurs de projets d'aménagement, disposent de leviers opérationnels pour améliorer le cadre de vie et le bien-être des habitants. Prenant appui sur une territorialisation pragmatique, les leviers doivent être mobilisés à toutes les échelles de décision, tant au travers des outils de planification territoriale, en édictant des règles et en traçant des orientations d'aménagement et de programmation, que dans l'opérationnalité des projets d'aménagement puis l'usage des équipements construits.

Les travaux de cette fiche déclinent les orientations du Plan national santé environnement et ont été construits en dialogue avec l'élaboration du Plan régional santé environnement (PRSE 4).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Faire de la planification et de l'aménagement du territoire des outils de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

- Poursuivre l'intégration de l'équité en santé dans les politiques d'aménagement et de réaménagement ainsi que dans les documents de planification territoriale, par l'accompagnement des collectivités et la valorisation d'initiatives exemplaires.
- Renforcer les programmes de prévention des maladies chroniques, telles que le diabète et l'obésité, et des troubles psychiques en mobilisant à l'échelle du territoire le levier urbain (aménagements de proxi-

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

mité, transports, offre alimentaire, accès aux services…).

- Porter une attention particulière en matière de gestion urbaine à l'appropriation partagée des dispositifs et des espaces publics, ainsi qu'aux démarches de co-construction en facilitant l'accès à une information adaptée et non technique.

Réduire des effets de ségrégation et d'exposition (y compris recherche et accès aux équipements)

- Élargir le champ d'intervention de l'ARS auprès des acteurs de la fabrique de la ville pour mieux inscrire les lieux de vie (lieux de santé, milieux scolaires, transports et déplacements pendulaires, acteurs de la gestion urbaine de proximité) comme terrains de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Outiller la prise de décision par l'appui sur les productions de la recherche et la structuration d'outils méthodologiques : des outils de diagnostic développés, notamment, par l'Observatoire régional de santé, qui nécessitent une acculturation et un accompagnement pour leur maîtrise, peuvent aider la collectivité territoriale et les pouvoirs publics à objectiver la situation du territoire et les guider dans leurs choix d'aménagement et de planification.

Accompagner le développement urbain et réduire l'effet de santé induit (y compris, accès à l'offre de soins et estimation des besoins des quartiers en développement sans que les autres en pâtissent)

- Anticiper les évolutions socio-sanitaires, urbaines et démographiques, dans le contexte du changement climatique, pour adapter l'offre de santé aux besoins territorialisés. Cet objectif comprend également la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les transformations urbaines majeures telles que le Grand Paris et l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques (JOP), tant comme lieux de résidence que lieux de vie et d'usages collectifs.
- Approfondir la prise en compte des besoins de l'ensemble des habitants et usagers pour une meilleure adéquation des projets urbains, en se concentrant dans les secteurs de cumul d'expositions environnementales et/ou de défaveur sociale.

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Sensibiliser et convaincre

- Sensibiliser les élus et institutions décisionnaires, et accompagner en ingénierie les acteurs de l'aménagement et de la planification (via le centre de ressources Ekopolis, les partenaires institutionnels et la capitalisation sur les expérimentations menées).
- Enrichir en matière d'équité en santé les avis règlementaires rendus par l'ARS.
- Renforcer, en termes de méthodologie, les contributions ARS aux documents de planification en tant que personne publique associée, par le développement d'un langage commun entre professionnels de la santé publique et de l'urbanisme (déterminants de santé).
- Se rapprocher des dynamiques existantes en santé urbaine nationale et internationale.

Acculturer, former, outiller

- Outiller les collectivités signataires de CLS pour une approche globale de leur projet de santé, notamment dans le cadre de programmes de prévention des maladies chroniques : formation, outils, accompagnement, développement du pouvoir d'agir, appui aux études.
- Analyser les projets d'investissement des établissements de santé ou médico-sociaux au regard notamment des enjeux de santé publique du territoire d'implantation (cf. fiche 3.10), pour une meilleure mise en œuvre des principes de l'urbanisme favorable à la santé (UFS).

Accompagner et structurer

- Inciter à l'élaboration de diagnostics territoriaux de santé, d'évaluations d'impact en santé (EIS) et de démarches d'urbanisme favorable à la santé.
- Accompagner dès les premières phases les opérations de renouvellement urbain : participer, en tant que partenaire expert, à la démarche « quartiers résilients » de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) et veiller à la cohérence pour une approche mixte avec les outils de promotion de la santé en politique de la ville (ASV, CLS, CLSM, gestion urbaine de proximité (GUP)…), en co-construction avec les

habitants et usagers.

- Assurer un suivi spécifique des paramètres de santé urbaine dans le temps à l'échelle d'un quartier pilote bénéficiant déjà de programmes d'action renforcée de l'Agence, pour nourrir la méthodologie d'évaluation de projet en santé publique.

Mieux se loger comme déterminant de santé : créer les conditions d'habitat et de logement favorables à la santé des publics défavorisés, et développer leurs capacités d'agir

Diagnostic et enjeux

L'Île-de-France : une région particulièrement impactée par le mal-logement

Agir sur les conditions d'habitat représente un enjeu majeur de santé publique en Île-de-France où une part importante du parc de logements est ancienne (30 % construits avant 1949) et près de 170 000 logements privés seraient potentiellement indignes, soit 4,4 % des résidences principales privées[67].

De manière concomitante, le parc immobilier francilien vieillissant se caractérise par des performances énergétiques dégradées (45 % du parc de résidences principales est classé E, F, ou G en 2018[68]) et 8 % des ménages franciliens seraient en précarité énergétique. En parallèle, la région connaît une croissance démographique soutenue, qui génère de fortes tensions sur le marché du logement où la densité de l'habitat dégradé est surreprésentée. De plus, la part du revenu moyen des Franciliens accordée au logement est supérieure à la moyenne nationale, ce qui contraint les habitants à accepter de moins bonnes conditions d'habitat qu'ailleurs en France (par la qualité et/ou de la surface habitable du logement). Enfin, le vieillissement de la population francilienne tend à s'accroître dans les années à venir (+ 24,5 % d'ici 2030), avec une forte tendance au maintien à domicile (81 % des personnes âgées dépendantes sont au domicile), ce qui impose de renforcer les dispositifs de maintien à domicile.

67 Institut d'aménagement et d'urbanisme (2018), « L'habitat indigne et dégradé en Île-de-France – État des lieux des enjeux et politiques ».

68 Source Insee.

Le logement : un déterminant majeur de santé

Les conditions de logement dégradés sont protéiformes : logements insalubres, de fortune, suroccupés, présentant un risque d'exposition au plomb, des situations de précarité énergétique… Celles-ci peuvent affecter notre **santé physique** au travers de pathologies en lien avec la qualité de l'air intérieur, la présence d'humidité et de moisissures, ou parce que ces habitats favorisent la propagation de maladies infectieuses. Ces logements peuvent également affecter notre santé mentale : le fait d'habiter dans un logement dégradé ou exiguë conduit à un processus de stigmatisation, de dégradation sociale, de perte d'estime de soi et peut être à l'origine de dépression et d'anxiété.

Selon l'Insee, la région Île-de-France est fortement marquée par la suroccupation des logements avec 12,7 % des résidences principales suroccupées, touchant prioritairement les familles monoparentales et ménages modestes. Ce phénomène impacte négativement la santé mentale et la transmission de certaines pathologies infectieuses. La concertation avec les habitants des quartiers de la politique de la ville met particulièrement en exergue la situation des jeunes ne parvenant pas à décohabiter et des situations de violences intrafamiliales dans les logements suroccupés. L'amélioration des conditions de logement nécessite une prise en charge globale et cohérente des occupants avec la mobilisation de toutes les parties prenantes, à savoir les acteurs du logement, de la santé et du social pour ce qui relève du repérage, de l'information et du suivi des ménages les plus affectés par de mauvaises conditions de logement.

Les travaux de cette fiche déclinent les orientations du Plan national santé environnement et ont été construits en dialogue avec l'élaboration du Plan régional santé environnement (PRSE 4).

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Objectifs stratégiques

- **Intensifier la lutte contre l'habitat indigne** en mobilisant l'ensemble des partenaires et en renforçant chaque étape du traitement (repérage, prise en charge environnementale et sanitaire, suivi pénal).
- **Développer**, en lien entre l'ARS et ses partenaires, **des actions « habitat-santé »** structurées autour du mal-logement, notamment lorsque les conditions d'habitat font courir un risque sur la santé : logement dégradé ou insalubre, présentant un risque d'exposition au plomb, précarité énergétique, logement surpeuplé, etc.
- **Développer les capacités à agir des personnes en condition d'habitat dégradé et de mal-logement** : actions individuelles du locataire permettant de préserver sa santé dans le logement.
- **Favoriser le maintien dans le logement des locataires en situation sanitaire complexe** par la mise en place d'un accompagnement global.
- Veiller à favoriser le développement d'une **offre de logement adaptée à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie** (plan anti-chute) et poursuivre le développement de nouveaux modes d'habitat, à mi-chemin entre la vie autonome à domicile et la vie collective en établissement.

Objectifs opérationnels

- **Mobiliser les partenaires dans la lutte contre l'habitat indigne** en renforçant les liens ARS-DRIHL et ARS-services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) – colloque annuel –, en ciblant les territoires à enjeux partagés, en formant et sensibilisant les SCHS à une approche sanitaire globale.
- **Renforcer les actions réglementaires à chaque étape du traitement d'un habitat indigne** en outillant les services pour fluidifier le repérage de cet habitat et la production des actes administratifs, en accélérant et sécurisant les travaux de réhabilitation, en facilitant l'usage des travaux d'office et en énonçant les besoins de relogement, en rendant plus visible le suivi pénal des marchands de sommeil.
- Mettre en œuvre des **programmes multi-partenariaux** en promotion de la santé ayant vocation à structurer des alliances avec les partenaires institutionnels (DRIHL/DDT, Ademe, Institut Paris Région (IPR), collectivités territoriales…), mais également avec les acteurs associatifs du social et de la santé, quelle que soit leur échelle d'intervention, afin d'apporter une réponse globale aux situations vécues par les ménages.
- Améliorer le **repérage des situations de mal-logement** qui exposent les ménages à des risques pour leur santé.
- Améliorer la **sensibilisation, l'information et formation** des acteurs de l'accompagnement social sur les champs de la prévention et de la promotion de la santé : bonne qualité de l'air l'intérieur, lien entre qualité du logement et atteinte à la santé, prévention des accidents domestiques, connaissance des acteurs ou dispositifs existants pour orienter les ménages ayant besoin d'un accompagnement ou d'une prise en charge sanitaire.

- **Mieux prendre en compte les problématiques de santé des occupants en situation résidentielle instable** (logement d'abord, intermédiation locative visant à prévenir la précarité locative, logement adapté, logement d'insertion…) afin d'adapter au mieux le parcours résidentiel à leurs besoins sanitaires et sociaux.
- **Favoriser l'appropriation individuelle et collective par les occupants des pratiques et gestes favorables à la santé dans le logement :** sensibilisation à la qualité de l'air intérieur, à l'entretien des équipements du logement, information sur les risques sanitaires liés à la précarité énergétique, implication dans des initiatives à l'échelle d'un immeuble ou d'une copropriété.

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

- **Créer des coalitions ou des conventions de partenariat (par exemple, avec des collectivités sans SCHS) avec les partenaires institutionnels et associatifs des secteurs du logement, de l'habitat et de l'environnement** pour fixer des orientations communes, améliorer l'interconnaissance des services, sensibiliser les acteurs du social et de la santé aux conséquences du mal-logement sur la santé, favoriser l'émergence de programmes entre partenaires.
- **Identifier et former les acteurs de terrain (assistants sociaux, associations, professionnels médicaux et paramédicaux…) aux problématiques de mal-logement** afin de faciliter le repérage et le signalement de ces situations, favoriser la formation des inspecteurs de salubrité (en ARS ou en communes) et valoriser leur métier.
- **Améliorer l'exploitation des données issues des différents outils existants et futurs** (communaux, ministères chargés de la santé et du logement) en vue d'améliorer le repérage des situations de mal-logement et de mener des actions ciblées sur les territoires les plus à risque (plomb, insalubrité, précarité énergétique…).
- **Déployer le système d'information santé-habitat** (SISH déjà utilisé par les ARS), utiliser l'interconnexion avec Histologe (plateforme de signalement du mal-logement) et le parapheur électronique (au sein de l'ARS et avec les partenaires institutionnels), identifier les territoires à enjeux en habitat indigne avec les outils cartographiques : InTerSanté Environnement, parc privé potentiellement indigne (PPPI), multi-expositions environnementales.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

- Renforcer les liens entre les bailleurs sociaux, les gardiens d'immeuble et les CLSM afin de mieux prendre en compte la souffrance psychique dans la gestion du parc de logement.
- Accompagner les bailleurs sociaux en développant la formation et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée et du handicap au repérage des fragilités.
- Développer l'expertise de l'adaptation du logement dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie.
- Documenter les risques pour la santé liés à un parcours résidentiel instable.
- Soutenir les acteurs de proximité qui accompagnent les ménages dans l'appropriation de leur santé.

Renforcer l'accès et la pratique d'activité physique pour rompre les inégalités de santé

Diagnostic et enjeux

Selon l'OMS, **la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité dans le monde.** En France, 40 % des adultes ont un niveau de sédentarité élevé. Dans ce cadre, la pratique régulière d'activité physique, même d'intensité modérée, représente un enjeu majeur d'amélioration de la santé. Ses bienfaits sont nombreux et observables à la fois au niveau des capacités physiques, du bien-être mental et de l'environnement social. **Pourtant, en Île-de-France, seule 14 % de la population pratique une activité physique et la prévalence des maladies chroniques augmente[69].**

La pratique de l'activité physique et sportive est aussi un déterminant important des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, la sédentarité et la prévalence de maladies chroniques sont d'autant plus fortes dans les territoires les plus précarisés. Par ailleurs, au-delà du gradient social de santé, il existe un enjeu autour de la santé des Franciliens éloignés du système de santé.

Face à ces constats, **le « sport-santé » s'est fortement développé ces sept dernières années.** C'est le cas du dispositif des centres Prescri'Forme et des maisons sport-santé, mises en place par l'ARS et la DRAJES (Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports) en partenariat avec les acteurs du sport, professionnels de santé, collectivités ou Éducation nationale.

Pour autant, le recours au sport sur ordonnance, à l'activité physique adaptée et l'articulation entre l'ensemble des professionnels du sport-santé doivent être renforcés. Dans une logique de promotion de la santé par le sport, les années à venir devront donc poursuivre le travail initié en matière de :

- lutte contre la sédentarité des Franciliens et Franciliennes ;
- promotion de la pratique régulière d'activité physique ;
- développement de l'activité physique adaptée auprès des publics les plus éloignés.

69 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Synthèse.pdf

Les actions à prévoir pour répondre à ces enjeux doivent combiner des objectifs de lien social, de loisir et de santé, et une attention particulière sera portée aux publics considérés comme les plus éloignés de la pratique d'activité physique : les personnes en situation de précarité, les personnes âgées, les personnes isolées, les jeunes, les femmes, les personnes porteuses d'une maladie chronique et les personnes en situation de handicap.

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

Développer les incitations et conditions pour la pratique quotidienne d'une activité physique volontaire

- Mettre en place des actions promouvant les bienfaits de l'activité physique et sportive (APS) et abordant les dimensions de bien-être physique, mental et social à tout âge.
- Faciliter la lisibilité de l'offre en matière d'APS sur le territoire, par exemple en envisageant un lien avec Santégraphie et la mise à disposition de la cartographie pour le grand public.
- Contribuer, par des actions locales et avec les usagers, à un meilleur accès aux équipements et infrastructures disponibles.

Faciliter l'accès à la pratique régulière d'une activité sportive intégrant un objectif de santé pour des personnes qui en sont éloignées

- Mettre en place des actions de promotion de la santé par l'activité physique intégrant une démarche participative et adaptée aux besoins et contraintes du public ciblé.
- Renforcer les compétences des personnes autour de leur santé.
- Sensibiliser les professionnels de la santé et du sport à une démarche d'aller-vers.

Faciliter l'accès à l'activité physique adaptée et encadrée à destination des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie et porteuses de maladies chroniques

- Améliorer la lisibilité de l'offre en matière d'APA sur le territoire à destination des bénéficiaires et des professionnels, par exemple en envisageant la mise à disposition d'une cartographie pour le grand public.

- Mettre en place des actions d'APA adaptées aux besoins et aux contraintes du public cible dans son cadre de vie.
- Sensibiliser les professionnels de la santé et du sport à la nécessité de promouvoir l'activité physique adaptée et développer leurs compétences dans ce domaine.
- Développer le recours à la prescription d'activité physique.
- Mieux intégrer le sport dans les projets des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).
- Développer l'articulation entre les dispositifs sport-santé et les dispositifs de soins propres aux maladies chroniques (ETP, réseau de santé…).

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Ces moyens et leviers résideront majoritairement dans la mise en place de projets multipartenaires au niveau local ainsi que d'actions mobilisant les aménités urbaines et les environnements naturels au regard des inégalités sociales et territoriales de santé.

- Rapprocher les dispositifs innovants afin de développer une offre locale et équilibrée en matière d'équipements sportifs publics.
- Mobiliser des relais de communication à tous les niveaux (national, régional, municipalités, ESMS, Éducation nationale) et faciliter la mise en place de campagnes de sensibilisation.
- Renforcer la mise en visibilité de l'offre disponible (infrastructures, équipements, séances, horaires), tout comme les actions de sensibilisation et d'éducation à la santé par l'activité physique auprès des plus jeunes (actions en milieu scolaire, périscolaire et auprès des parents) grâce à une démarche participative.
- Déterminer plusieurs niveaux de formations adaptés aux professionnels du sport et de la santé (de la sensibilisation à la formation diplômante), et prenant en compte la spécificité de la prise en charge auprès des publics éloignés de la pratique.

L'un des enjeux les plus structurants sera l'intégration des référents en activité physique adaptée en ESMS et le soutien des liens entre ESMS et structures sportives fédérées.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

L'évaluation des expérimentations en cours via le dispositif « article 51 » ou d'autres leviers est incontournable. Enfin, nous devrons identifier les actions probantes issues du plan Héritage dont l'AMI JOP ou l'AMI ESMS x Clubs en vue de les étendre.

- **Partenaires envisagés permettant de favoriser le décloisonnement du sport et de la santé et le développement d'une culture commune sport-santé :**

  – professionnels de santé (en établissement et en ville) ;

  – établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;

  – structures sportives fédérées et clubs sportifs ;

  – Éducation nationale ;

  – collectivités territoriales ;

  – associations.

Renforcer les comportements nutritionnels et l'accès à une alimentation favorable à la santé pour rompre les inégalités de santé

Diagnostic et enjeux

La moitié de la population française est en situation de surpoids ou d'obésité[70]. Si la prévalence de l'obésité est de 14 % en Île-de-France, elle est de 25 % dans les territoires en précarité et avec de grandes disparités (cf. fiche 2.11). En 2022, 2 millions de Français étaient dénutris[71], dont 270 000 personnes âgées en Ehpad et 400 000 à domicile (25 % pour celles qui vivent seules). La nutrition est le principal facteur de risque des maladies cardiométaboliques (obésité, dénutrition, diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, cancer…) et un déterminant majeur de santé avec un fort gradient social.

Plus largement, le cadre de vie est également déterminant et contribue aux inégalités de santé (offre alimentaire, aménagement urbain, marketing, normes sociales, filières de production…).

Avec ses 650 millions[72] de repas par an en direction d'un public varié et prioritaire (petite enfance, enfants, adolescents, personnes âgées, en ville, hospitalisées ou en Ehpad), **la restauration collective est aussi un levier du cadre de vie** (éducation, valeur ajoutée pour les filières et pour l'employabilité dans les entreprises, y compris les établissements de santé) **et participe à la lutte contre la précarité alimentaire.**

La crise sanitaire a exacerbé les difficultés d'accès à l'alimentation, avec une augmentation de 27 % des bénéficiaires de l'aide alimentaire avec de nouveaux profils, et souligné l'importance d'une approche coordonnée de l'alimentation sur les territoires.

Les travaux de cette fiche prennent en compte et déclinent les orientations des différents plans nationaux (dont le Programme national nutrition santé) et régionaux (PRAPS 3, PRSE 4).

70 « Prévalence du surpoids et de l'obésité en France », Ligue nationale contre l'obésité, étude Obepi-Roche, 2020.

71 4 à 10 % des plus de 70 ans à domicile sont dénutris ; 40 % des personnes âgées sont hospitalisées pour des conséquences de dénutrition ; 50 % des personnes âgées hospitalisées et 40 % des malades d'Alzheimer sont dénutris. 20 à 40 % des patients hospitalisés sortent dénutris de l'hôpital.

72 https://driaaf.ile-de-france.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/État_des_lieux_cle82a671.pdf

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Objectifs stratégiques et opérationnels à 5 ans

- **Renforcer les compétences communautaires de prévention et promotion de la santé autour de la nutrition/dénutrition :**
  - développer une culture commune de la nutrition/dénutrition sur les territoires, dans les établissements de santé (ES)/établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) et auprès des habitants ;
  - renforcer les compétences individuelles dans un objectif d'accroissement du pouvoir d'agir et d'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé.
- **Agir structurellement sur les leviers majeurs de l'alimentation pour améliorer la qualité et les comportements nutritionnels, lutter contre la précarité alimentaire et ainsi tendre vers un environnement favorable à la santé :**
  - interagir avec les acteurs intervenant sur des champs connexes : politique agricole, distribution alimentaire, aménagement des territoires favorisant l'accès, la disponibilité et l'adoption à long terme de comportements nutritionnels favorables à la santé ;
  - soutenir la coopération entre les acteurs de la nutrition/dénutrition et renforcer le déploiement des dispositifs performants (coopératives d'acteurs, ES/ESMS).
- **Développer une approche globale de la nutrition/dénutrition adaptée aux besoins, aux contraintes et aux opportunités de mobilisation de chacun des publics prioritaires : enfants, jeunes, personnes vivant avec une maladie chronique, personnes en situation de précarité dont AHI, personnes avançant en âge :**
  - promouvoir la mise en oeuvre d'actions santé nutrition/dénutrition en fil rouge des politiques locales (santé, social, restauration collective, espaces verts, gestion des déchets, scolaire et périscolaire, urbanisme,aménagement), mais aussi auprès des ES/ESMS, des structures d'insertion par l'activité économique et des acteurs du logement, y compris les bailleurs sociaux ;
  - développer l'articulation entre les dispositifs de prévention nutrition/dénutrition et l'orientation vers les soins.

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Moyens d'y parvenir / leviers pour l'atteinte des objectifs

Recenser

- Recenser et diffuser les expériences et bonnes pratiques sur les territoires et capitaliser les résultats des expériences/recherches/dispositifs de coopération entre acteurs.

Former

- Former les associations de proximité (s'appuyer notamment sur l'offre des comités de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)), souvent avec un objectif social, pour intervenir en santé nutrition auprès des publics cibles : appropriation des repères du Programme national nutrition santé (PNNS), démarche d'« aller-vers », de santé communautaire (démarche participative) et de type « ambassadeurs santé nutrition ».
- Former les professionnels des collectivités territoriales en lien avec les publics cibles (coordinateurs de CLS, acteurs sociaux et du milieu éducatif) sur des thématiques nutritionnelles relatives aux représentations du surpoids/obésité/troubles du comportement alimentaire, dénutrition, infantile et/ou adulte.
- Renforcer l'acculturation aux bonnes pratiques de la nutrition et de la prévention de la dénutrition de la personne âgée (actions de sensibilisation et formations), développer guides et doctrines permettant de diffuser les bonnes pratiques en matière de prise en charge nutritionnelle en Ehpad et de lutte contre les troubles de la déglutition, et promouvoir les Ehpad qui ancrent les bonnes pratiques nutritionnelles dans la prise en charge des résidents.
- Développer l'accompagnement en restauration collective (en ville et en établissement de santé) à l'adaptation du Nutri-Score, à l'éducation au goût et à l'alimentation enrichie (dénutrition).

Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques

Développer des ressources pour améliorer la qualité et les comportements nutritionnels

- S'appuyer sur les acteurs impliqués en santé et social (médiateurs, ambassadeurs santé nutrition, coordinateurs CLS…).
- Conditionner le soutien de projets nutrition au respect d'un cahier des charges régional avec des indicateurs de qualité pluri-institutionnels, qui sera co-construit avec les acteurs et habitants du territoire.
- Valoriser les projets nutrition/dénutrition par la signature de chartes « villes actives » et « établissements actifs » du PNNS et contribuer à l'animation de ce réseau.
- Renforcer les diagnostics de territoire avec des indicateurs nutrition en soutien au plaidoyer de l'ARS et de ses partenaires (précarité alimentaire, loi EGalim, accès à une alimentation favorable à la santé en réduction des inégalités territoriales…).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Focus

Jeux olympiques et paralympiques 2024

Capitaliser sur la dynamique olympique pour améliorer la prévention et la santé des Franciliens

Diagnostic et enjeux

Événement inédit, les Jeux olympiques et paralympiques (JOP) auront lieu à l'été 2024 dans près de 25 lieux de la région Île-de-France. Cet événement, qui participe du rayonnement de la France à l'international, est également l'occasion pour nombre d'institutions publiques de la région francilienne d'entamer une série de chantiers dans leurs secteurs respectifs, dans le cadre du plan Héritage. En effet, dès la candidature de Paris, l'organisation des JOP a été pensée comme un changement majeur, sur le temps long, notamment en matière de pratique sportive et de santé pour tous et notamment pour les personnes en situation de handicap. Cette démarche s'inscrit notamment dans le cadre de la Grande Cause Nationale 2024 relative à la promotion de l'activité physique et sportive.

L'Agence régionale de santé se retrouve particulièrement mobilisée dans la préparation, l'organisation et la pérennisation des structures et solutions innovantes issues des JOP. Le plan Héritage est une opportunité pour donner une impulsion nouvelle à certaines actions de la compétence de l'Agence en capitalisant sur la dynamique olympique pour améliorer la santé des Franciliens et notamment :

- la lutte contre la sédentarité des Franciliens et Franciliennes et le développement de l'activité physique et sportive pour tous les publics, y compris les personnes en situation de handicap ;
- la santé environnementale et urbaine : le déploiement d'actions de prévention grand public ainsi que l'amélioration de la qualité de l'air, de l'eau et du cadre de vie ;
- la démocratisation de sites de baignade en eaux naturelles ;
- le renforcement des partenariats autour du plan Héritage.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Objectifs : capitaliser sur la dynamique olympique

Lutter contre la sédentarité et développer la pratique d'activité physique et sportive pour tous et pour les personnes qui en sont le plus éloignées (cf. fiche 6.6 « sport santé » et fiche 2.4 sur les personnes en situation de handicap)

Les grands événements sportifs, tels que les JOP 2024, ou encore la Coupe du monde de rugby 2023, **permettent une accélération des actions portées par l'Agence sur diverses thématiques** ; c'est pourquoi il est nécessaire de s'appuyer dessus dans la perspective d'une amélioration continue de l'offre de santé et d'une réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

La pratique de l'activité physique et sportive est un déterminant des inégalités sociales et territoriales de santé ; elle permet de prévenir de nombreuses pathologies et de diminuer la prévalence de certaines maladies chroniques. S'appuyer sur la pratique physique et sportive, en ce sens, devra être bénéfique pour tous, compte tenu de la diversité des fins poursuivies (thérapeutique, ludique, compétitive et sociale). De surcroît, au-delà du gradient social de santé, l'enjeu autour de la santé des Franciliens éloignés du système de santé est réel : la dynamique olympique permet de **renforcer la démarche d'aller-vers et ce, notamment vers les personnes en situation de handicap et/ou fragiles et les publics les plus éloignés de la pratique sportive.**

- Mettre en place des actions promouvant les bienfaits de l'activité physique et sportive (APS) abordant les dimensions de bien-être physique, mental et social à tout âge en s'appuyant sur les actions probantes issues du plan Héritage national (notamment les actions déployées dans le cadre des Maisons sport-santé (MSS), appel à manifestation d'intérêt (AMI) JOP, AMI ESMS x Club).
- Faciliter la lisibilité de l'offre en matière d'activité physique et sportive sur le territoire, et la mise à disposition d'une cartographie pour le grand public, grâce à un travail intersectoriel entre le monde du sport et de la santé.
- Développer l'activité physique adaptée pour les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques et/ou porteuses de handicap via les ESMS (intégration aux projets d'établissement et à la vie quotidienne) et les dispositifs sports santé disponibles (Maisons sport-santé et centres Prescri'forme) en sensibilisant les professionnels de la santé et du sport à la prescription d'activité physique.

Focus : Jeux olympiques et paralympiques 2024

- Sensibiliser les professionnels de la santé et du sport à une démarche d'aller-vers.

Favoriser et soutenir la pratique sportive des personnes en situation de handicap

- Créer des passerelles entre le monde sportif et l'environnement médico-social et favoriser la pratique partagée entre établissement médico-social et établissement ou club ordinaire en s'appuyant sur les trois partenariats socles mis en place par l'ARS Île-de-France : avec le Comité paralympique et sportif français (CPSF) dans le cadre de son programme ESMS & Clubs, avec les rectorats dans le cadre de la labellisation Génération 2024 des établissements médico-sociaux pour enfants, avec la Fédération française de sport adapté (FFSA).
- Mieux intégrer le sport dans les projets d'accompagnement des personnes en situation de handicap, via le déploiement des référents sports en établissement médico-social et le déploiement des 30 minutes d'activité physique quotidienne dans les établissements pour enfants.
- Accompagner le déploiement de la nouvelle mission d'intérêt général confiée aux ESMS d'assurer l'accès à l'activité physique et sportive, pour faire de la pratique sportive un vecteur de lien social, d'inclusion, de bien-être et d'accès au droit.

Sensibiliser aux enjeux de santé environnementale et renforcer les actions de prévention

Les JOP 2024 sont l'occasion d'investir les champs relatifs à la qualité de l'air. En effet, la pollution de l'air est l'un des déterminants de santé majeur en Île-de-France, 8 000 décès lui étant attribuables chaque année, et un facteur environnemental déclenchant ou aggravant de nombreuses pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, métaboliques, cancers. Alors que les JOP 2024 ont vocation à constituer un événement exemplaire et ambitieux sur le volet environnemental, l'ARS Île-de-France souhaite développer de nouvelles actions en la matière, sur le volet Héritage, avec notamment l'intégration de ces problématiques à la planification et aux projets d'aménagement. Ceci va de pair avec d'autres préoccupations de santé environnementale, telles que la nécessaire prévention de risques comme la légionellose et les punaises de lit.

- Développer de nouvelles actions visant à renforcer l'intégration de la problématique de la qualité de l'air dans les plans et programmes pilotés et copilotés par l'ARS (PRS, 4e Plan régional santé environnement) et dans les projets d'aménagement du territoire et de planification urbaine.

- Améliorer la prévention des maladies chroniques par des actions de prévention et de promotion de la santé et sensibiliser les publics aux déterminismes environnementaux et sociaux qui influent sur cette dernière.
- Renforcer la communication autour de la qualité de l'air et adapter les recommandations sanitaires, notamment à l'adresse des personnes les plus vulnérables et sensibles à la pollution de l'air combinée à d'autres phénomènes environnementaux tels que les vagues de chaleur.
- Poursuivre et renforcer les actions de sensibilisation aux risques de propagation de punaises de lit et de prévention du risque de légionellose à destination des établissements hôteliers, notamment ceux chargés d'accueillir du public pendant les JOP.

Capitaliser sur la préparation des grands événements sportifs (JOP 2024) pour le déploiement d'actions de prévention (cf. fiche 5.4)

Trois axes importants devront être actionnés ou renforcés en lien avec Santé publique France (SPF) : la modélisation prédictive, le suivi épidémiologique des pathologies et la diffusion de messages sanitaires permettant à tout un chacun d'avoir un véritable pouvoir de comprendre et d'agir. Ce dernier point est une des priorités du PRSE 4.

Démocratiser les sites de baignade en eaux naturelles

Sur ce plan et dans un contexte où le coût d'entretien et énergétique des piscines publiques augmente, la démocratisation de sites de baignade en eaux naturelles est un atout pour l'Île-de-France, tant du point de vue de la santé, en facilitant l'accès à la pratique d'une activité physique et sportive, que du point de vue de la transition écologique au sens des zones de rafraîchissement. De surcroît, ces lieux permettent un renforcement des liens sociaux et un détachement du quotidien, notamment pour les publics précaires, ou encore un rapprochement avec la nature. L'ouverture de nouveaux sites de baignade, de façon sécurisée, profitera à tous ; **l'Agence participe à ces chantiers et accompagne les collectivités dans leur mise en place dans le cadre l'Héritage des JOP 2024.**

- Promouvoir la **mise en place et la sécurisation de nouveaux sites de baignade** pérenne sur la Seine et sur la Marne (15 sites naturels ouverts au publics en 2023 en Île-de-France, plus 4 baignades artificielles), dont les publics pourront bénéficier sur le plan physique et sportif, notamment durant les périodes de fortes chaleurs estivales tout en améliorant la qualité de l'eau. Dans le cadre de l'Héritage des JOP 2024,

l'ouverture de différents sites de baignade le long de la Seine et de la Marne a été annoncée, dont 3 situés à Paris à partir de l'été 2025.

- Accompagner les collectivités territoriales qui souhaiteraient créer des sites de baignade en eaux naturelles.

Renforcer les partenariats autour du plan Héritage

- Miser sur les grands événements sportifs pour consolider les relations inter-administrations et être parties prenantes de projets multipartenaires au niveau local et départemental, mais également avec l'ensemble des acteurs du territoire.
- Coordonner les acteurs institutionnels afin de généraliser la mise en place et le déploiement de chantiers pluridisciplinaires via une mutualisation des réflexions sur les politiques publiques.
- Investir sur des projets pluriannuels, afin de permettre une meilleure identification des acteurs et des projets, et en améliorer la visibilité et l'efficacité sur le long terme.

Faire des Jeux olympiques et paralympiques 2024 (JOP 2024) un catalyseur de la planification sanitaire (cf. fiche 5.2)

Notamment pour les schémas de prise en charge d'un afflux massif de victimes somatiques et la prise en charge médico-psychologique.

Glossaire

AAC : Appel à candidatures

AAP : Appel à projets

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

ADEPAPE : Association départementale d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AHI : Dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion

AJA : Adolescents et jeunes adultes

ALD : Affection de longue durée

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

AMIF : Association des mairies d'Île-de-France

AMP : Assistance médicale à la procréation

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

ANR : Agence nationale de la recherche

ANRU : Agence nationale pour la rénovation urbaine

ANSSI : Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information

AORIF : L'Union sociale pour l'habitat d'Île-de-France [organisation professionnelle au service des organismes de logement social franciliens]

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APA : Activité physique adaptée

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

APS : Activité physique et sportive

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASSURE : Amélioration des soins d'urgence en Ehpad et à domicile

ASV : Atelier santé ville

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident vasculaire cérébral

BCG : Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAF : Caisses d'allocations familiales

CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce

CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

CARE : Cyber-accélération résilience des établissements

CARSIC : Cellules d'appui à la résolution des situations complexes

CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CCPP : Commission de coordination des politiques publiques

CD : Conseil départemental

CDCA : Conseils départementaux de la citoyenneté et l'autonomie

CDS : Centre de santé

CDU : Commissions des usagers

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CEREMA : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement

CERT Santé : Service d'appui à la gestion des cybermenaces

CESU : Centres d'enseignement des soins d'urgence

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIRE : Cellule d'intervention en région

CJC : Consultations jeunes consommateurs

CLACT : Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

CLAN : Comités de liaison en alimentation et nutrition

CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose

CLS : Contrats locaux de santé

CLSM : Conseils locaux de santé mentale

CME : Commission médicale d'établissement

CMEI : Conseiller médical en environnement intérieur

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNR : Conseil national de la refondation

COPIL : Comité de pilotage

COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

CORPALIF : Coordination régionale des soins palliatifs d'Île-de-France

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

CPIAS : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins auprès des établissements de santé et médico-sociaux

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPS : Compétences psychosociales

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRAtb : Centre régional en antibiothérapie

CRCDC : Centre régional de coordination des dépistages des cancers

CREAI : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRFTC : Centre ressource francilien du traumatisme crânien

CRIAVS : Centre ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles

CRIPS : Centre régional d'information et de promotion de la santé

CRIS : Comité Régional Innovation en Santé

CRMR : Centres de référence maladies rares

CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires

CRPV : Centre régional de pharmacovigilance

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRT : Centres ressources territoriaux

CRTLA : Centres références des troubles du langage et des apprentissages

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSDU : Commission spécialisée droits des usagers

CSO : Centres spécialisés de l'obésité

CSP : catégorie socio-professionnelle

CSS : Centres de santé sexuelle

CSU : Consultations semi urgentes

CTS : Conseil territorial de santé

CVS : Conseils de la vie sociale

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DCC : Dossier communiquant de cancérologie

DCGDR : Direction de la coordination de la gestion du risque de l'Assurance maladie

DD : Délégation départementale

DDT : Direction départementale des territoires

DIH : Dispositif intégré handicap

DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires

DMP : Dossier médical partagé

DO : Dépistage organisé

DRAJES : Direction régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

DRDFE : Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRIEAT : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et des transports

DRIEETS : Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DRIHL : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

DSR : Dispositifs spécifiques régionaux

DT1 : Diabète de type 1

DT2 : Diabète de type 2

EGES : Émissions de gaz à effet de serre

Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes agées dépendantes

EIG : Événement indésirable grave

EIS : Évaluation d'impact sur la santé

ELSA : Équipe de liaison et de soin en addictologie

EMSPT : Équipe mobile de soins palliatifs territoriale

EMTSP : Équipe mobile territoriale de soins palliatifs experte

EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène

EPCI : Établissements publics de coopération intercommunale

EPS : Établissement public de santé

EPSNF : Établissement public de santé national

ERHR : Équipes relais handicaps rares

ES : Établissements de santé

ESAT : Établissement ou service d'aide par le travail

ESJ : Espaces santé jeunes

ESMS : Établissements et services et médico-sociaux

ETP : Éducation thérapeutique du patient

EVARS : Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle

FALC : Facile à lire et à comprendre

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FDep : Indice de défavorisation sociale

FIOP : Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

FSF : Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GHU : Groupement hospitalier universitaire

GIP SESAN : Groupement d'intérêt public service numérique de santé en Île-de-France

GIRCI : Groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation

GUP : Gestion urbaine de proximité

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HPV : Papilloma virus humain

HSA : Hémorragie sous-arachnoïdienne

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

HT : Hébergement temporaire

HTSH : Hébergement temporaire en sorties d'hospitalisation

IA : Intelligence artificielle

ICC : Insuffisance cardiaque chronique

IDE : Infirmier diplômé d'état

IDEC : Infirmier diplômé d'état de coordination

IDF : Île-de-France

IDH / IDH2 : Indice de développement humain

IDM : Infarctus du myocarde

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IFTS : Institut français de thérapie des schémas

IME : Institut médico-éducatif

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmières en pratiques avancées

IPR : Institut Paris Région [Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France]

IRAPS : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins

IST : Infection sexuellement transmissible

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

JOP : Jeux olympiques et paralympiques

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LAMPES : (Mission de) Liaison d'appui médico-psycho-éducatif et sociales

LAV : Lutte anti vectorielle

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LGBT : Lesbiennes, gays, transexuels et bisexuels…

LHSS : Lits halte soins santé

LISP : Lits identifiés soins palliatifs

Loi OTSS : Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MDA : Maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MERM : Manipulateur en électroradiologie médicale

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MNA : Mineurs non accompagnés

MRTC : « Mission retrouve ton cap »

MSPP : Maison santé pluri professionnels

MSS : Maisons sport-santé

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPSSIES : Observatoire national dédié à la cyber

OQOS : Objectifs quantifiés de l'offre de soins

ORS : Observatoire régional de la santé

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile

OSCOUR : Réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PA : Personnes âgées

PAEJ : Point accueil et écoute jeunes

PAPRAPS : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PAT : Portails autonomie territoriaux

PCA : Plan de continuité de l'activité

PCO : Plateformes de coordination et d'orientation

PCPE : Pôles de compétences et de prestations externalisées

PDAP : Plateformes de Diagnostic Autisme de Proximité

PDS : Permanence des soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PDSES : Permanence des Soins en Établissements de Santé

PFR : Plateforme d'accompagnement et de répit

PGTHSSE : plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles

PH : Personnes handicapées

PHV : Personnes handicapées vieillissantes

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PMND : Plan maladies neuro-dégénérative

PMP : Projet médical partagé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PMSP : projets médico-soignants partagés

PMT : Plateaux médico techniques

PNLT : Programme national de lutte contre le tabac

PNNS : Programme national nutrition santé

PPPI : Parc privé potentiellement indigne

PPS : Programme personnalisé de soins

PRA : Plan de reprise d'activité

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PReP : Prophylaxie pré-exposition

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Programme FRIDA : Favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement

PROPIAS : Programme de prévention des infections associées aux soins

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

PRST : Plan régional santé au travail

PSSM : Premiers secours en santé mentale

PTSM : Projet territorial de santé mentale

PUI : Pharmacie à usage intérieur

QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville

RAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie

RCP : Réunion de coordination pluridisciplinaire

RDRD : Réduction des risques et des dommages

RéPPOP : Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique

RESAD : Réseaux d'aide aux adultes en difficulté

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RH : Ressources humaines

RISP : Recherche-interventionnelle en santé des populations

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

RPIB : Repérage précoce intervention brève

RPPS : Répertoire partagé des professionnels intervenants dans le système de santé

RPU : Résumé de passage aux urgences

RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information

SA : Semaines d'aménorrhée

SAMU : Service de l'aide médicale urgente

SAS : Service d'accès aux soins

SAU : Service d'accueil d'urgence

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SCHS : Services communaux d'hygiène et de santé

SDC : Structures spécialisées de douleurs chroniques

SEC : Structures d'exercice coordonné

SEP : Sclérose en plaque

SER : Structure d'expertise et ressources

SESAN : Service numérique de santé (groupement régional d'appui au développement de l'e-Santé en Île-de-France)

SHS : Sciences humaines et sociales

SI : Système d'informations

SI SDO : Système d'information décisionnel de suivi des orientations de via trajectoire handicap

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SI-VSS : Système d'information de veille et sécurité sanitaire

SMPR : Service médico-psychologique régional

SMR : Soins médicaux et réadaptation

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNDS : Système national des données de santé

SNP : Soins non programmés

SNS : Stratégie nationale de santé

SNSS : Stratégie nationale de santé sexuelle

SPF : Santé publique France

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

SRS : Schéma régional de santé

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

STARAQS : Structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins

SURSAUD : Système de surveillance sanitaire dit syndromique, basé sur la collecte de données non spécifiques

TCCL : Trauma cranio-cérébral léger

TND : Troubles du neuro développement

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

UAVV : Unités d'accès vasculaires veineux

UFS : Urbanisme favorable à la santé

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UMI : Unités mobiles interdépartementales

URAT : Unités renforcées d'accueil de transition

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

USIDATU : Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence

USMP : Unités sanitaires en milieu pénitentiaire

USP : Unités de soins palliatifs

USPC : Unité de soins prolongés complexes

UV : Ultraviolet

VAS : Vie affective et sexuelle

VFF : Violences faites aux femmes

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

PARTIE 2

FOCUS TECHNIQUES

VERSION RÉVISÉE EN JUIN 2025

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

VOLET 1

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Introduction

Présentation générale de la partie autorisations du PRS

Le Code de la santé publique identifie 21 activités de soins pour lesquelles toute création, conversion ou regroupement de structures est soumis à l'autorisation préalable de l'ARS. Il identifie également trois types d'équipements matériels lourds (EML) dont l'installation est soumise à l'autorisation de l'ARS. Pour ces 21 activités de soins et trois types d'équipements matériels lourds, le projet régional de santé fixe pour chacun, dans une partie intitulée « schéma régional de santé – volet activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisations », les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) associés aux objectifs qualitatifs.

Cette partie constitue ainsi un outil de prévision et d'impulsion. Elle est le document de référence pour la gestion des autorisations sanitaires sur la période de validité du SRS. Elle a un caractère réglementaire, est exhaustive et opposable.

Elle comprend pour chaque thématique concernée :

- une sous-partie présentant l'offre de soins en Île-de-France à l'automne 2023 ;
- une sous-partie exposant le cadre réglementaire de l'activité ;
- une sous-partie relative à l'évaluation des besoins à 5 ans ;
- une sous-partie détaillant les objectifs qualitatifs visant l'évolution et la transformation de l'offre de soins en cohérence avec les axes prévus dans le cadre d'orientations stratégiques du PRS ;
- une sous-partie territoriale déclinant les objectifs qualitatifs (opérations de créations, recompositions, regroupements, coopérations nécessaires à la réalisation des objectifs) ;
- une sous-partie chiffrée qui indique les objectifs quantitatifs de l'offre de soins, c'est-à-dire le nombre d'implantations nécessaires par territoire au regard des besoins identifiés.

Les autorisations accordées par l'Agence devront être compatibles avec les objectifs susmentionnés. En effet, le SRS est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'EML ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Un cadre réglementaire transformé

L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds vise à renforcer les exigences de qualité des soins, à favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à simplifier les procédures de délivrance des autorisations.

Cette ordonnance conduit à une profonde évolution du corpus réglementaire régissant les activités de soins et les équipements matériels lourds engendrant une évolution sensible des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement des 14 activités de soins et équipements matériels lourds suivants : chirurgie, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, médecine, imagerie diagnostique, radiologie interventionnelle, traitement du cancer, soins critiques, cardiologie interventionnelle, soins médicaux et de réadaptation, neuroradiologie interventionnelle, hospitalisation à domicile, médecine nucléaire.

Sur le fondement des textes applicables au 1er novembre 2023, pour ces 14 activités et EML, tous les opérateurs seront amenés à déposer une nouvelle demande d'autorisation, puisque les autorisations qu'ils détiennent ne sont plus conformes au nouveau cadre réglementaire.

Les principaux objectifs de ces évolutions sont d'affirmer le principe de gradation des soins, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficience de l'offre de soins.

L'un des principaux changements de la réglementation a conduit à clarifier les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des activités dédiées à la **prise en charge des enfants et adolescents**, en particulier dans les champs suivants : médecine, chirurgie, soins médicaux et de réadaptation, psychiatrie, cardiologie interventionnelle, soins critiques, hospitalisation à domicile. Les spécificités pédiatriques, quand elles sont prévues dans la réglementation, seront présentées pour chaque activité. Pour les différentes activités de soins, les bornes d'âge de l'activité pédiatrique ont été définies.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Pour ces dernières, différentes selon les activités, les textes précisent :

- dans quels cas les titulaires d'une autorisation d'adulte peuvent prendre en charge des enfants ou des adolescents,

ou – à l'inverse –

- dans quels cas les titulaires d'une autorisation visant des enfants et adolescents peuvent continuer à l'âge adulte des prises en charge engagées dans l'enfance (dans le cadre du « droit de suite » lorsque le suivi est nécessaire au-delà de l'âge prévu en cas de maladie rare chronique).

Bien que n'étant pas étanches, les bornes d'âge n'en demeurent pas moins un élément structurant qui va conduire à des évolutions dans les décisions d'implantations et les pratiques professionnelles.

Une autre modification importante de la réforme des autorisations a consisté à déterminer, au sein de chaque région, le **découpage territorial pertinent pour chaque activité de soins**. Les zones de répartition des activités correspondent aux territoires géographiques sur lesquels les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont exprimés en implantations dans le PRS, dans le périmètre des activités de soins et des EML soumis à autorisation, listés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du Code de la santé publique. C'est sur la base de ce découpage que seront publiés, sur le fondement du PRS 2023-2028, en amont de chaque fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation, les bilans quantitatifs de l'offre de soins, documents opposables pour la recevabilité des dossiers, à l'aune des besoins identifiés.

Dans l'arrêté n° 2023-171 présenté en annexe, en cohérence avec l'esprit de la réforme des autorisations construite dans une logique de gradation des soins, l'ARS d'Île-de-France a identifié trois niveaux d'intervention :

- **un niveau de proximité** pour les activités nécessitant une implantation au plus près du patient. Le niveau de proximité suit les limites des départements à Paris et en petite couronne (dans les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne). En grande couronne (départements de Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise), le niveau de proximité repose sur des infra-territoires calqués sur les territoires d'intervention des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), de manière à tenir compte des contraintes liées aux distances géographiques ;
- **un niveau territorial**, qui suit les délimitations des départements ;
- **un niveau régional** pour les activités de référence et d'expertise.

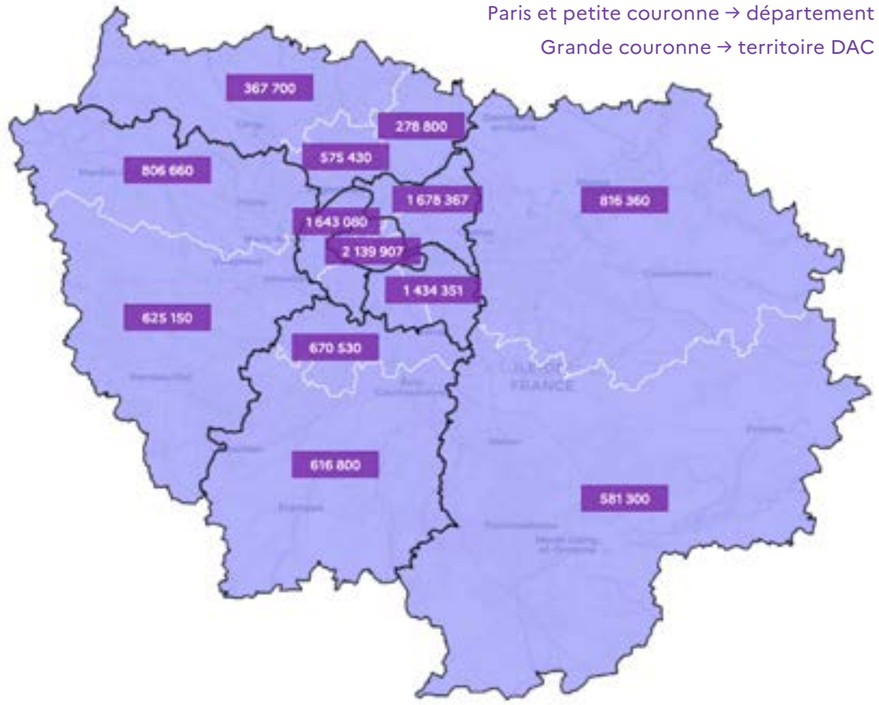
Cette classification est définie selon la nature de l'activité ou selon les mentions qui la caractérisent.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Population par zonage de proximité en Île-de-France

Paris et petite couronne → département

Grande couronne → territoire DAC



Le volet autorisations : un document évolutif

Le volet autorisations est un document évolutif qui devra être évalué et pourra être amendé durant le PRS. Ces évolutions seront construites avec l'ensemble des partenaires conformément aux engagements pris dans le contrat de méthode qui aura été établi avec la CRSA.

Ainsi, comme l'Agence s'y est engagée auprès de ses partenaires, le SRS dans sa partie autorisations fera l'objet d'une révision à mi-parcours afin d'intégrer le suivi de sa mise en œuvre et une première évaluation de l'offre autorisée selon la nouvelle réglementation. Ces éléments seront notamment étudiés dans le cadre des travaux menés dans les groupes de travail thématiques qui seront poursuivis pendant toute la durée de validité du PRS et régulièrement évoqués au sein de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

Une révision de la partie PDSES du PRS est programmée dès 2024-2025 dans le cadre de la démarche d'ores et déjà initiée à l'automne 2023. Par

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

ailleurs, des décrets fixant le nouveau cadre applicable à l'activité de médecine d'urgence ont été publiés en décembre 2023, après la publication du PRS. Cette évolution de la réglementation conduit, après concertation, à définir de nouveaux objectifs qualitatifs et quantitatifs pour cette thématique.

En conséquence le volet autorisations est révisé.

La révision du 12 janvier 2024 a donné lieu à une correction d'erreur du tableau fixant le nombre d'implantations de soins critiques pédiatriques pour la mention « unité de soins polyvalents dérogatoires ».

La révision de juin 2025 donne lieu à des révisions des fiches suivantes :

- Fiche médecine
- Fiche chirurgie - mention chirurgie bariatrique
- Fiche psychiatrie
- Fiche cardiologie interventionnelle
- Fiche médecine d'urgence
- Fiche traitement du cancer

REMARQUES GÉNÉRALES

- L'existant autorisé figurant dans les tableaux correspond à l'inventaire actualisé des autorisations intégrant les opérations autorisées non mises en œuvre. Ainsi, en cas de regroupement autorisé et non effectif à la date de publication du SRS, l'existant autorisé tient compte des autorisations délivrées sur le site cible (même si les activités sont toujours exercées temporairement sur les sites historiques).
- L'état de l'offre de soins à l'automne 2023 présente l'ensemble des établissements de la région y compris ceux relevant du service de santé des armées (SSA). En revanche, les tableaux quantitatifs ne prennent pas en compte les implantations du SSA dans la mesure où ces établissements, dont l'offre est prioritairement dédiée aux forces armées et qui relèvent d'une double tutelle (Ministère des armées et Ministère de la santé et de la prévention), ne sont pas soumis au même régime d'autorisations que les autres établissements de santé.

Activité de médecine

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en mars 2025

Présentation générale de l'offre de médecine en Île-de-France

En mars 2025, 208 établissements de santé (*versus* 210 fin 2018) sont autorisés à exercer l'activité de médecine dans la région : 184 (*versus* 186 fin 2018) détiennent l'autorisation d'exercer cette activité en hospitalisation complète (HC) et 179 (*versus* 167 fin 2018) en hôpital de jour (HDJ).

- **28** structures autorisées en HC ne détiennent pas à ce jour d'autorisation pour exercer cette activité en ambulatoire **(*versus* 41 fin 2018).**
- **23 sites sont autorisés de façon exclusive en HDJ** (*versus* 77 en 2018).

Au total, ce sont 158 établissements de santé qui sont autorisés à exercer l'activité de médecine selon les deux modalités HC et HDJ.

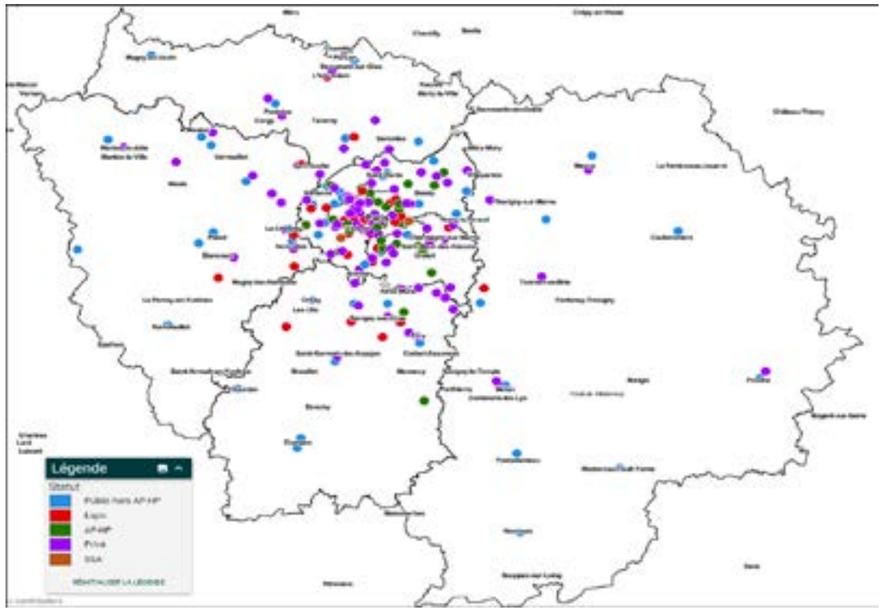
L'activité globale francilienne pour 2023 est de 1 827 875 séjours de médecine (y compris l'endoscopie), ce qui représente 57 % des séjours MCO, ce nombre étant inférieur à celui de 2019 (1 752 405), avant la crise du Covid-19 de 2020 au cours de laquelle une baisse de deux points d'activité a été observée.

- 11 % de ces séjours concernent la pédiatrie.
- 56 % de ces séjours ont été effectués en hospitalisation complète, 70 % dans des établissements publics (AP-HP 1/3, et autres établissements publics de santé 1/3).
- 44 % des séjours correspondent à une activité de médecine en hospitalisation de jour, hors endoscopies : l'AP-HP réalise près de la moitié de ces séjours (45 %), le public 23 %, les ESPIC 16 % et le secteur privé lucratif 16 %.
- Les séjours HDJ pour endoscopie représentent 18 % des séjours de médecine et sont réalisés pour 81 % dans les établissements privés lucratifs.

Le virage ambulatoire, objectif majeur du PRS2, s'est traduit par une baisse de 11 % de séjours en HC entre 2017 et 2021 et une hausse de + 15 % d'HDJ sur cette même période. Cette évolution a été accentuée par la crise sanitaire du Covid-19 puisqu'il est observé :

- HC : - 10 % entre 2019 et 2021 *versus* - 1,5 % entre 2017 et 2019 ;
- HDJ : + 11 % entre 2019 et 2021 *versus* + 3,3 % entre 2017 et 2019.

L'offre d'hospitalisation de médecine connaît une répartition inégale selon les territoires franciliens, avec une offre globalement répartie selon un gradient de densité décroissant du centre vers la périphérie (cf. carte ci-après). Plus précisément, il est dénombré en moyenne 172 lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants à l'échelle de la région, cet indicateur étant globalement plus bas dans les territoires de la grande couronne (et ce, de façon plus marquée – autour de 110 – dans les territoires 77 nord, 78 nord, 91 nord et 95 sud) et plus élevé dans les départements de Paris (295) et de petite couronne, à l'exception du 93 (130).



Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

L'offre de médecine de l'enfant et de l'adolescent en Île-de-France

Parmi les établissements disposant d'une autorisation de médecine, 45 ont structuré une activité de médecine pédiatrique.

Un établissement réalise exclusivement de l'hospitalisation complète et un établissement réalise exclusivement de l'activité ambulatoire.

33 de ces établissements bénéficient d'une structure d'urgences pédiatriques en mars 2025.

Ces chiffres ne prennent pas en compte les établissements accueillant des enfants hospitalisés en service de médecine pour adultes sans structure individualisée.

L'offre est répartie dans :

- 3 hôpitaux pédiatriques situés à Paris, regroupant une offre de proximité et de recours à vocation régionale voire nationale ;
- 4 à 6 services de pédiatrie dans chaque département de petite couronne et de grande couronne. Nombre de ces services de périphérie ont une activité et des capacités d'hospitalisation comparables à certains CHU de province.

L'offre pédiatrique d'hospitalisation est à ce jour très inégale selon les territoires franciliens, avec une moyenne de 30 lits d'hospitalisation conventionnelle pour 100 000 habitants de moins de 18 ans mais des extrêmes allant de 20 lits (départements 92 et 93) à 56 lits pour 100 000 habitants de moins de 18 ans (Paris). Cette disparité reflète aussi le rôle de recours de la région (et notamment des établissements pédiatriques centraux) pour certaines pathologies rares, graves ou complexes.

Tous les services de pédiatrie, y compris de périphérie, assurent une double mission de proximité et de recours :

- soins de proximité pour les soins non programmés qui ne pourront plus dans l'avenir s'appuyer autant sur les urgences hospitalières ;
- recours pour les maladies chroniques.

L'activité globale francilienne en 2021 (enfants de moins de 16 ans) est quasi exclusivement réalisée dans le secteur public :

- 91 961 séjours en hospitalisation complète dont 43 % à l'AP-HP, 51 % en établissement public hors AP-HP, 5 % en ESPIC, et moins de 1 % en établissement privé ;
- 75 435 séjours en hospitalisation partielle dont 53 % à l'AP-HP, 30 % en CHG, 10 % en ESPIC et 6 % en établissement privé.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Jusqu'à la publication des décrets n° 2022-1046 et n° 2022-1047 du 25 juillet 2022, aucun texte réglementaire ne fixait de conditions d'implantation et de fonctionnement à l'activité de médecine. L'autorisation de médecine ne distinguait pas la médecine adulte et la médecine pédiatrique.

Les récents décrets imposent aux établissements détenant une autorisation de médecine de disposer des modalités d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour, sur site ou par convention avec un site situé à proximité.

Les nouveaux textes distinguent l'activité de médecine adulte et de médecine pédiatrique. Ils prévoient que – par principe – la réalisation de séjours en médecine adulte est soumise la détention d'une autorisation portant la mention « médecine adulte » et la réalisation de séjours pour des enfants est soumise à la détention d'une autorisation portant la mention « médecine de l'enfant et de l'adolescent ».

Des exceptions sont toutefois permises :

- Les détenteurs d'une autorisation de médecine adulte peuvent prendre en charge des patients mineurs âgés de seize ans et plus à titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge.
- Les détenteurs d'une autorisation de médecine « enfants et adolescents » peuvent continuer à prendre en charge certains patients après leur majorité, de manière exceptionnelle et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins.

Les textes introduisent également une spécificité concernant le public des personnes âgées (notamment avec comorbidités ou en perte d'autonomie), avec l'exigence d'un accès sur site ou par convention à la compétence gériatrique.

Les décrets ne proposent pas de gradation des soins pour l'activité de médecine. En revanche, une gradation des soins existe de fait avec la labellisation d'hôpitaux de proximité et sera à structurer dans le cadre du PRS3

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Médecine	Médecine (Médecine de l'adulte et médecine de l'enfant et l'adolescent)		

Médecine de l'adulte

Évaluation des besoins à 5 ans

Les objectifs (OQOS) doivent permettre d'assurer la prise en charge en milieu hospitalier des 9 167 885 adultes de plus de 18 ans (Insee 2021) qui représentent 70 % de la population francilienne.

En termes de besoins, le vieillissement de la population est à prendre en compte. En 2020, près de 1,9 million de Franciliens étaient âgés de 65 ans ou plus, ce qui représentait 15 % de la population totale. À l'horizon 2030, les plus de 65 ans représenteront 18 % de la population. Ce vieillissement conduit à une augmentation des maladies chroniques et, par conséquent, à des besoins accrus de prise en charge en ambulatoire (i.e en ville) mais également en milieu hospitalier (recours pour les maladies chroniques ou les états polypathologiques). Il implique de renforcer la coordination ville-hôpital.

La croissance de la population concerne les départements de Seine-Saint-Denis, de Seine-et-Marne, du Val-d'Oise du Val-de-Marne, de l'Essonne et dans une moindre mesure les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Ces évolutions sont prises en compte dans l'évolution de l'offre de soins en médecine, tout en prenant en considération l'offre déjà existante.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Structurer une offre de soins complète et diversifiée

- Poursuite du développement de l'ambulatoire en complémentarité de l'hospitalisation à temps complet (objectif de la réforme des autorisations).
- Capacité d'inscrire l'activité de médecine dans un environnement médical pluridisciplinaire pour assurer la continuité des prises en charge en médecine (maladies chroniques).
- Formalisation de l'interface sur site, par convention ou au sein du GHT, avec les services d'urgence, de soins critiques et de soins renforcés.
- Renforcement du lien avec les établissements d'hospitalisation à domicile, en développant le recours à l'évaluation par l'HAD dans les 48 heures après l'admission en hospitalisation conventionnelle.

- Par ailleurs, quelques rares implantations supplémentaires pourront être accordées dans le cadre de créations dédiées à des publics spécifiques : personnes en situation de handicap, consolidation de filières gériatriques, personnes atteintes de maladies psychiatriques ou relevant d'une prise en charge sociale[1].

Fluidifier les prises en charge pour en améliorer la qualité

- Mise en place effective d'un lien direct ville-hôpital pour une fluidification des parcours :
  - admission directe en hospitalisation (personnes âgées, notamment comorbides et en perte d'autonomie) en évitant le passage aux urgences ;
  - communication directe avec la ville (par ex. : mail et ligne dédiée selon la spécialité) ;
  - déploiement de la télémédecine.
- Au-delà de l'organisation d'un accès sur site ou par convention à la compétence gériatrique ou de médecine polyvalente, inscription de la prise en charge des personnes âgées dans la filière gériatrique territoriale.
- Développement de la territorialisation des activités de médecine en renforçant les liens avec les professionnels de ville, les CPTS, les DAC.

Maintenir une prise en charge de qualité pour la tranche d'âge des 16–17 ans qui devront dorénavant, sauf exception, être accueillis en services de médecine de l'enfant et de l'adolescent

- L'autorisation de médecine adulte autorise en fonction des besoins de prise en charge, à titre dérogatoire exceptionnel et **sans autorisation d'implantation supplémentaire**, la prise en charge de patients mineurs âgés de 16 ans et plus (16 et 17 ans). Les établissements devront formaliser les parcours de prise en charge des enfants dans le cadre de la filière territoriale de soins pédiatriques. La fréquence de ces situations devrait diminuer après la période initiale de mise en place de la réforme des autorisations, dont l'impact devra être étroitement suivi.
- Il conviendra de veiller à ce que tout adolescent de 16 ans et plus hospitalisé dans une unité d'hospitalisation adulte bénéficie d'un environnement adapté, et notamment soit accueilli dans une chambre qui lui est dédiée.

1 Cf VI. Révision de juin 2025 du schéma de médecine

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

- Ces exceptions feront l'objet d'un suivi rapproché et seront régulièrement réévaluées (indicateurs : nombre d'établissements, nombre d'enfants concernés, événements indésirables graves).

TROIS INDICATEURS DE SUIVI SONT PROPOSÉS POUR LE PRS3 :

- Suivi en nombre des implantations dans le 93 et la grande couronne
- Taux de séjours avec passage par les urgences
- Taux de transfert de séjours de médecine en HAD

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

L'objectif est de maintenir le nombre des implantations de médecine adulte sur la région, l'offre y étant considérée comme globalement suffisante.

Toutefois, compte tenu des déséquilibres persistants de la répartition de l'offre de soins entre le département de Seine-Saint-Denis et les autres départements de la petite couronne, d'une part, et le centre de la région *versus* les territoires de la grande couronne, d'autre part, il est prévu une implantation supplémentaire, éventuellement par création ex nihilo, en Seine-Saint-Denis et dans chacun des territoires de proximité de la grande couronne.

Sur le territoire 91 nord, dans le cadre d'une opération récente de restructuration et de regroupement ont été autorisés un transfert d'activité de médecine d'un établissement vers un autre site et la fermeture d'une implantation de médecine. En parallèle, une implantation est prévue dans le cadre d'une création d'activité.

Enfin, bien que l'offre soit considérée comme étant suffisante à Paris et en petite couronne, des implantations nouvelles et en nombre limité pourront être créées dans ces départements lorsque ces implantations sont dédiées à la prise en charge de publics spécifiques : personnes en situation de handicap, consolidation de filières gériatriques, personnes atteintes de maladies psychiatriques ou relevant d'une prise en charge sociale.

Médecine de l'enfant et de l'adolescent

Évaluation des besoins à 5 ans

Évolution de la répartition de la population de moins de 18 ans sur le territoire

Les prévisions d'évolution démographique sont celles d'un vieillissement de la population francilienne avec une stabilisation de la tranche des moins de 18 ans, mais montrent une grande disparité territoriale avec une augmentation du nombre d'enfants en périphérie.

Évolution épidémiologique et des comportements de soins

Une augmentation des maladies chroniques de l'enfant : asthme, diabète de type 1, drépanocytose, maladies neurologiques, entre autres avec des situations de décompensation. Le constat est fait d'un recours plus important et croissant aux soins critiques pédiatriques.

Les situations de souffrance psychique de l'enfant et l'adolescent sont en constante augmentation et obligent à une vigilance particulière sur les liens avec la filière de pédopsychiatrie.

Des épidémies hivernales marquées : la période couverte par le PRS2 a été marquée par la succession d'épidémies hivernales dont celle de bronchiolite qui, conjuguées aux difficultés en personnel médical et non médical, ont mis en tension toute la filière de soins pédiatriques. Les capacités de prise en charge ambulatoires et les capacités d'hospitalisation de la région ont ainsi été quasiment saturées à plusieurs reprises. Concernant la bronchiolite, un espoir thérapeutique (anticorps monoclonaux chez le nourrisson, vaccins chez la femme enceinte) pourrait réduire l'intensité de l'épidémie et les hospitalisations pour infection sévère de 75 %.

Une augmentation du recours aux structures d'urgence : 1 212 461 enfants de moins de 18 ans ont été accueillis dans les services d'urgence franciliens en 2022, soit une augmentation de 1,7 % depuis 2018 (les enfants de moins de 18 ans représentent 29 % des passages aux urgences).

Évolution de la démographie des professionnels de santé

La démographie des professionnels de la prise en charge de la santé de l'enfant est préoccupante. Le nombre de pédiatres augmente lentement mais leur répartition est très inégale, leur activité majoritairement salariée. Les enfants sont majoritairement vus par des médecins généralistes dont la densité est insuffisante dans la plupart des territoires (62,4 % du territoire francilien est placé en zone d'intervention prioritaire - ZIP), les effectifs des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé scolaire ne sont pas meilleurs. Un poste de praticien hospitalier sur cinq est vacant en Île-de-France (27,4 % en périphérie) avec 15 % des postes occupés par des praticiens à diplôme hors Union européenne (36 % dans le 77, 91, 95). Le nombre d'internes formés en pédiatrie stagne depuis plusieurs années et ne permet pas de compenser l'augmentation des besoins et les départs en province. Les tensions en personnel médical sont très aiguës dans les services de pédiatrie en périphérie, mettant en danger leur pérennité.

Les tensions en personnel non médical sur toute la région majorent les difficultés à adapter l'offre de soins aux besoins de la population.

Évolution du cadre réglementaire qui conduit à augmenter significativement le nombre de personnes couvertes par des établissements de santé autorisés en médecine de l'enfant et de l'adolescent

L'offre pédiatrique doit permettre d'assurer les besoins de santé des 2 382 806 enfants de moins de 15 ans (ORS 2021), qui représentent 20 % de la population francilienne, et des 500 000 enfants supplémentaires âgés de 16 à 17 ans, tout en maintenant la qualité de la prise en charge en cohérence avec les ressources humaines disponibles. La population prise en charge dans les établissements autorisés en médecine de l'enfant et de l'adolescent va donc augmenter de plus de 20 %.

Une attention particulière est posée sur cette borne supérieure d'âge dans l'article R. 6123-151 du Code de la santé publique :

« Si la décision d'autorisation mentionne uniquement la prise en charge de patients adultes, le titulaire n'est pas autorisé à prendre en charge des patients enfants et adolescents. À l'inverse, si elle ne mentionne que la prise en charge de patients enfants et adolescents, le titulaire n'est pas autorisé à prendre en charge des patients adultes. »

« À titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge, le titulaire d'une autorisation permettant la prise en charge de patients adultes peut accueillir des patients mineurs âgés de 16 ans et plus. »

« À titre exceptionnel et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins, le titulaire d'une autorisation permettant la prise en charge de patients enfants et adolescents peut continuer à les prendre en charge après leur majorité lorsque leur état de santé le justifie. »

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS et déclinaison territoriale

Construire une filière territoriale de soins pédiatriques

Chaque structure de soins devra adhérer à cette filière, et s'organiser dans une logique territoriale de prise en charge et de parcours en collaboration et/ou conventionnement sur tous les plans : ville-hôpital, CHU-hôpitaux généraux, GHT.

La filière de soins pédiatriques devra être clairement connectée au dispositif spécifique régional (DSR) soins critiques et au DSR chirurgie infantile.

L'offre hospitalière régionale doit maintenir, d'une part, une offre de recours pour les maladies rares et complexes à l'échelle régionale et, d'autre part, en proximité une offre de recours pour les maladies chroniques. Cette offre doit s'articuler avec les dispositifs spécifiques régionaux concernés (ex-réseaux) et, si besoin, avec les DAC. Les modalités de transition vers l'âge adulte devront être précisées. L'offre hospitalière de pédiatrie doit être clairement articulée avec la filière de pédopsychiatrie en amont et en aval.

Afin de tenir compte des besoins propres à des publics spécifiques, quelques rares implantations supplémentaires pourront être accordées : enfants et adolescents en situation de handicap, enfants et adolescents atteints de maladies psychiatriques ou enfants et adolescents relevant d'une prise en charge sociale[2].

Sur l'ensemble de la région, les soins non programmés doivent pouvoir continuer à être assurés dans la proximité, et l'offre pour l'enfant s'intégrer dans les dispositifs actuels ou prévus : offre ambulatoire, service d'accès aux soins (SAS), réforme des autorisations des structures d'urgence. Le choix d'un zonage calqué sur les territoires des DAC en grande couronne permet d'être vigilant sur l'offre à ce niveau territorial. Les consultations non programmées non urgentes devront être redirigées vers l'offre ambulatoire.

L'offre hospitalière doit rester suffisamment riche et diverse pour demeurer attractive, mais rester cohérente avec les difficultés en recrutement et les difficultés de l'environnement (exemple : ressources et compétences en radiopédiatrie, en pédopsychiatrie, en chirurgie infantile…) et être complémentaire de l'offre de soins ambulatoires.

Relever le défi de la prise en charge des adolescents se décline à plusieurs niveaux

- Accompagner l'accueil des grands adolescents dans les services autorisés en médecine de l'enfant et de l'adolescent, dans le respect des conditions d'environnement et d'encadrement médical et non médical (autant que de besoin avec une organisation, des locaux et une équipe dédiés). Il est nécessaire de rappeler que la composante psychique ne saurait résumer à elle seule les difficultés à cet âge. Une attention particulière devra être portée sur les conditions d'hospitalisation de cette nouvelle tranche des 16–17 ans dans des services de pédiatrie déjà en tension en personnel et en lits, et sur l'existence d'une offre de recours dans tous les territoires.
- Ouvrir la possibilité de quelques implantations supplémentaires de médecine de l'enfant et de l'adolescent, plutôt orientées vers la prise en charge des grands adolescents, dans des sites à très forte activité – en particulier aux urgences – mais en tenant compte des difficultés de recrutements médicaux et non médicaux (ne pas aggraver la pénurie en service de pédiatrie) et en respectant strictement les conditions techniques de fonctionnement. Ceci revient à augmenter le nombre d'autorisations de médecine pédiatrique principalement en périphérie, dans des hôpitaux actuellement sans pédiatrie.
- Un certain nombre d'établissements sans service de pédiatrie ont actuellement une activité significative de prise en charge d'enfants mineurs (y compris de moins de 15 ans) dans des champs très spécifiques et très spécialisés, et sans autre alternative. Pour maintenir cette offre de soins principalement en hospitalisation de jour, prendre en compte les compétences des équipes et éviter une perte de chances pour les enfants, il pourra être nécessaire, dans le cadre de la filière territoriale, d'autoriser la poursuite de cette prise en charge en accordant une autorisation supplémentaire d'implantation de médecine de l'enfant et de l'adolescent. Une convention avec un service de pédiatrie référent, complétant l'offre si nécessaire par une hospitalisation conventionnelle, sera demandée.
- Favoriser les dispositifs de transition enfant-adulte.

2 Cf VI. Révision de juin 2025 du schéma de médecine

LES INDICATEURS UTILES À L'ÉVALUATION DU PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- Nombre et membres adhérents à la filière territoriale de soins pédiatriques
- Nombre de conventions centres hospitaliers (publics et privés) et CHU
- Nombre d'équipes territoriales
- Nombre de dossiers partagés ville-hôpital
- Nombre de dossiers de téléexpertise
- Nombre de réseaux/DSR contractualisés au CPOM
- Nombre de plages de soins non programmés ouvertes en ambulatoire (cadre du SAS ou pas)

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

- Maintenir une offre de proximité et de recours dans les territoires conduit à maintenir l'offre existante en nombre d'implantations : à l'aune des inégalités constatées en région Île-de-France (état de santé des enfants et offre pédiatrique), l'objectif doit être de veiller à maintenir des implantations de médecine pédiatrique en grande couronne, au minimum d'y stabiliser l'offre sans réduire le nombre de services, après une période où quelques services ont dû fermer sur la période du précédent PRS. Au-delà, tout regroupement ou fusion de services ne pourrait s'envisager qu'en concertation et en respectant une logique populationnelle et territoriale au sein de la filière territoriale de soins pédiatriques.
- Maintenir en hôpital d'adulte une activité très spécialisée, principalement en hospitalisation de jour, pour des enfants et adolescents conduit à autoriser trois implantations supplémentaires de médecine de l'enfant et de l'adolescent dans le 75 et une implantation dans le 94.
- Augmenter l'offre de médecine pédiatrique, principalement en périphérie, dans des hôpitaux actuellement sans pédiatrie mais avec une forte activité d'urgence et d'hospitalisation pour les moins de 18 ans conduit à proposer trois implantations supplémentaires dans le 95 et une implantation dans le 91.

Révision de juin 2025 du schéma de médecine

La révision du schéma régional de médecine vise à prendre en considération l'impact des mesures de simplification issues de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et du décret du 25 mars 2024 relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activités de soins. Ces deux textes ont modifié les conditions de mise en œuvre de la réforme des autorisations de médecine (reconduction des autorisations existantes en lieu et place de la procédure de remise à plat des autorisations qui était annoncée). Une révision est donc nécessaire pour mettre en cohérence l'existant autorisé en mai 2025 et les OQOS (certaines opérations de recomposition projetées en cibles dans la version publiée de novembre 2023 n'étant pas encore mises en œuvre).

La révision du schéma régional de médecine permet également de procéder à des corrections d'erreurs concernant l'état de l'offre et les implantations cibles. Ces erreurs tiennent aux évolutions du mode de décompte des autorisations, le mode de décompte étant passé d'un décompte selon les formes d'autorisation à un mode de décompte selon le site d'implantation géographique.

La révision a également vocation à préciser le cadre réglementaire de l'activité de médecine, notamment pour rendre davantage lisible le périmètre des mentions médecine de l'adulte et médecine de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin, cette révision a permis de rendre possible la création de nouvelles implantations justifiées par la prise en considération des besoins de populations spécifiques : personnes en situation de handicap, consolidation de filières gériatriques, personnes atteintes de maladies psychiatriques ou relevant d'une prise en charge sociale.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à mars 2025 (réglementation en vigueur)

MÉDECINE			
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 28/03/2025		
	HC	HJ	nombre d'implantations autorisées quelle que soit la forme de la prise en charge HJ / HC / HJ et HC
Paris - petite couronne			
75	40	43	48
92	31	28	33
93	18	19	20
94	23	21	24
Grande couronne			
77	15	14	15
78	22	21	25
91	23	22	27
95	15	13	16
Total	**188**	**183**	**208**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS) pour le PRS3

MÉDECINE		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	47	50
92	33	33
93	20	22
94	24	25
Grande couronne		
77 nord	7	9
77 sud	8	10
78 nord	14	16
78 sud	11	12
91 nord	12	13
91 sud	15	16
95 est	2	3
95 ouest	7	8
95 sud	7	8
Total	**207**	**225**

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Tableau 3 : À titre indicatif, implantations cibles pour les établissements ayant vocation à détenir une autorisation comprenant la mention « médecine de l'enfant et de l'adolescent »

MÉDECINE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	7	12
92	8	8
93	5	6
94	5	6
Grande couronne		
77 nord	3	3
77 sud	3	3
78 nord	2	3
78 sud	2	2
91 nord	1	3
91 sud	3	3
95 est	1	2
95 ouest	1	2
95 sud	3	4
Total	**44**	**56**

À noter : il n'est pas présenté de tableau indicatif pour la médecine adulte, car il n'est pas possible d'anticiper le nombre d'établissements qui demanderont une autorisation de médecine portant la seule mention « médecine adulte ».

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de chirurgie adulte et pédiatrique (hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie des cancers)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Au 1er octobre 2023, en Île-de-France, 146 établissements sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie : 96 établissements sont situés à Paris et en petite couronne, dont 10 ont une activité de chirurgie pédiatrique et 11 possèdent une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG).

- **Paris :** l'offre en chirurgie est majoritairement portée par le secteur privé. En revanche, si l'on prend en compte le niveau d'activité des établissements par groupe (en nombre de séjours et/ou nombre d'actes), c'est le secteur public – en l'occurrence l'AP-HP – qui est le plus représentatif.
- **Hauts-de-Seine :** l'offre est répartie entre établissements privés, publics et ESPIC, avec légèrement plus d'établissements privés assurant la prise en charge chirurgicale. Pendant la période du précédent PRS 2018-2022, une fusion de deux établissements privés a conduit à faire évoluer le nombre d'implantations à la baisse (passage de 22 à 21).
- **Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne :** dans ces deux départements, l'offre, majoritairement privée, est quantitativement satisfaisante (15 sites autorisés dans chaque département) et les volumes d'activité adéquats. Dans le Val-de-Marne, un regroupement de l'activité chirurgicale de deux établissements privés a eu lieu pendant la période couverte par le PRS2.

En grande couronne, 50 établissements de santé sont autorisés en chirurgie, avec une répartition assez homogène ; 8 établissements ont une activité de chirurgie pédiatrique, 9 ont une UPOG.

- **Seine-et-Marne :** l'offre est majoritairement publique. Les activités chirurgicales sont moins importantes et moins développées comparées aux autres départements, pour une population similaire. À ce jour, 12 établissements pratiquent la chirurgie dans le département. Seul un d'entre eux dispose d'une UPOG.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- **Yvelines, Essonne et Val-d'Oise** : sur ces trois territoires, l'offre est relativement équilibrée entre les secteurs privé et public. Le département des Yvelines compte 14 établissements autorisés, l'Essonne en compte 13 et le Val-d'Oise en compte 11. Sur ces territoires, deux unités de chirurgie ambulatoire (UCA) ont été mises en œuvre, l'une dans les Yvelines, l'autre dans l'Essonne. Ces deux UCA se trouvent dans des établissements publics.

Ainsi, on peut conclure que l'offre chirurgicale est distribuée dans une logique territoriale optimisée, avec des GHT et des groupes privés couvrant l'intégralité de la région.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les décrets n° 2022-1765 et n° 2022-1766 créent une nouvelle section dans le Code de la santé publique, dédiée à l'activité de chirurgie (l'activité de chirurgie cardiaque et l'activité de neurochirurgie sont traitées aux points 11 et 13 du présent PRS, la pratique thérapeutique de chirurgie des cancers, régie par un autre décret est traitée au point 19).

L'activité de chirurgie y est définie comme étant la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter :

- un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord, d'une part ;
- la mise en œuvre d'une continuité des soins, d'autre part.

Il est établi que l'activité de chirurgie peut être réalisée selon trois modalités : **la chirurgie réalisée chez les patients adultes, la chirurgie pédiatrique ou la chirurgie bariatrique**.

De manière générale, les décrets affirment la place centrale de la chirurgie ambulatoire dans la prise en charge chirurgicale. Ils rappellent par ailleurs que tout établissement autorisé en chirurgie organise la prise en charge chirurgicale des patients adressés par les structures de médecine d'urgence. Les nouvelles conditions d'implantation requises pour exercer l'activité de chirurgie imposent d'avoir accès à une unité de soins critiques sur site ou par convention. Elles créent enfin l'obligation pour les équipes chirurgicales de renseigner un registre des pratiques et de tenir compte d'indicateurs de vigilance.

Les nouveaux textes créent un cadre réglementaire pour la prise en charge des enfants et pour la chirurgie bariatrique.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Prise en charge chirurgicale des enfants

Les textes posent tout d'abord le principe selon lequel les établissements où sont opérés des enfants doivent disposer d'une autorisation de chirurgie pédiatrique. Néanmoins, de nombreuses exceptions sont prévues à cette règle, permettant à des établissements autorisés en chirurgie de l'adulte de prendre en charge des enfants, sous certaines conditions strictement définies. Le nouveau cadre réglementaire conduit à faire profondément évoluer la prise en charge chirurgicale **programmée** des enfants en dehors des urgences, dans les pratiques thérapeutiques suivantes : chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie gynécologique et chirurgie urologique.

- Les nouveaux textes formalisent des bornes d'âge, la chirurgie pédiatrique étant définie comme la chirurgie des personnes de moins de 15 ans (des dérogations existent cependant).
- Ces textes imposent que tout établissement autorisé en chirurgie adulte prenant en charge des enfants dans les situations d'urgence adhère à un dispositif spécifique régional (DSR) de chirurgie pédiatrique.
- Enfin, il est à noter que dans le cadre de la réforme de la réglementation relative aux soins critiques pédiatriques (décrets n° 2022-690 et n° 2022-694 du 26 avril 2022 article R. 6123-36 du Code de la santé publique), l'obtention d'une autorisation d'activité de soins critiques pédiatriques est subordonnée à l'existence sur site de trois unités : une unité d'hospitalisation de chirurgie adaptée à l'âge, une unité de médecine adaptée à l'âge, un service d'urgence prenant en charge les moins de 18 ans. Pour disposer d'une autorisation de soins critiques pédiatriques, il convient également de disposer d'un secteur opératoire avec des moyens de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le secteur opératoire et la SSPI peuvent être mis à disposition sur site ou par convention.

Chirurgie bariatrique

Les établissements qui exercent cette activité doivent notamment remplir les critères suivants :

- disposer d'une autorisation de chirurgie adulte précisant la pratique thérapeutique de la chirurgie viscérale et digestive ;
- disposer d'une équipe chirurgicale composée de médecins spécialisés en chirurgie viscérale et digestive justifiant d'une expérience dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, dont au moins un médecin justifiant d'une formation universitaire dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique ;
- permettre l'accès à une unité de réanimation (**sur site ou par convention**, dans un délai conforme à la sécurité des soins), à une endoscopie interventionnelle et à un scanner adapté en permanence (24 h/24, 7 j/7) ;
- réaliser un minimum de 50 actes par an selon une liste d'actes précisément définis ;
- disposer d'une organisation qui permet de délivrer à chaque patient un avis validant la prise en charge chirurgicale, fondé sur une concertation pluridisciplinaire et traduit dans un programme personnalisé de soins remis au patient. La concertation pluridisciplinaire comporte au minimum : un chirurgien, un endocrinologue-diabétologue-nutritionniste ou hépato-gastro-entérologue, un psychiatre ou psychologue, un diététicien, éventuellement un pédiatre et, en tant que de besoin, un masseur-kinésithérapeute ou un professionnel justifiant d'une formation en activité physique adaptée.

Par ailleurs, ces établissements doivent également remplir des objectifs qualitatifs qui sont détaillées dans la fiche Obésité de l'axe 2 de ce PRS. En complément, un conventionnement entre les établissements autorisés pour la chirurgie bariatrique et le centre spécialisé de l'obésité de leur territoire est un objectif à atteindre durant la durée de validité du PRS pour garantir la qualité et la sécurité du parcours.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Chirurgie	Chirurgie de l'adulte	Chirurgie bariatrique Chirurgie pédiatrique	

Évaluation des besoins à 5 ans

Selon la population, le niveau socio-économique et l'âge

En Île-de-France, la population est à peu près similaire dans les différents départements de la région, à l'exception de Paris.

Selon l'Insee, la population francilienne va augmenter dans les années à venir, passant de 12,4 millions d'habitants en 2022 à 12,7 millions en 2032.

La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans va augmenter de 3 points, passant de 15 % en 2020 à 18 % en 2030. Face à ce vieillissement

de la population, il est primordial de mettre en place une organisation spécifique à la prise en charge des personnes âgées et composée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des gériatres.

Près de 25 % de la population francilienne est composée de personnes de moins de 19 ans, d'où la pertinence de la mise en place d'une prise en charge chirurgicale spécialisée pour cette tranche d'âge, impliquant des équipes pluridisciplinaires en pédiatrie : urgentiste, pédiatre, radiologue, anesthésiste et chirurgien.

Les personnes en situation de précarité sociale recourant davantage aux soins non programmés, et constituant une part importante de la population du Val-de-Marne, du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis, il convient de développer cet accès en proximité.

Selon l'évolution des pratiques

Dans les cinq années à venir, la chirurgie va poursuivre son évolution non pas en termes de volume, mais au niveau :

- technologique : avec une hyperspécialisation, une diminution de l'invasivité, le développement des actes interventionnels et une intégration de l'imagerie et du numérique (robot) voire de l'intelligence artificielle, et enfin de la médecine interventionnelle ;
- de la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire (jusqu'à 80 % selon le Haut Conseil de la santé publique - 2021), avec l'aide des hébergements temporaires non médicalisés ;
- du développement et de la sécurisation de la chirurgie hors bloc ou « office surgery » dans la limite des textes réglementaires.

Ces éléments devraient conduire progressivement à une réduction théorique du nombre d'interventions chirurgicales, mais les actes interventionnels sont souvent pratiqués au bloc opératoire, notamment lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie générale, et le vieillissement de la population va conduire à une augmentation des interventions, d'où – comme indiqué en introduction – un volume d'interventions dans les blocs opératoires assez similaire.

Selon l'évolution des ressources humaines en nombre suffisant

La période 2012-2022 a donné lieu à une augmentation du nombre de chirurgiens et de médecins anesthésistes-réanimateurs dans la plupart des départements, mis à part dans les départements des Yvelines, de l'Essonne et de la Seine-et-Marne, où une baisse de respectivement 5, 7 et 4 % pour les chirurgiens et 56, 22 et 28 % pour les anesthésistes a été constatée. En ce qui concerne les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), on note une baisse significative des effectifs depuis 2012 dans tous les départements. Cette diminution varie de 20 % dans le Val-de-Marne à 48 % dans les Yvelines.

Une prévision de ressources humaines à l'échéance de 2028 a mis en évidence une évolution positive du nombre des personnels médicaux de 15-20 %. Toutefois, cette évolution doit être relativisée du fait de la diminution du temps de travail des équipes, liée notamment à des évolutions sociétales.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Dans le cadre du PRS3, les objectifs qualitatifs en termes d'offre de soins en chirurgie sont les suivants :

Renforcer la performance et la qualité

Les facteurs qui contribuent à la performance, c'est-à-dire à de meilleurs résultats en termes de santé, sont multiples dans la pratique médicale, et notamment en chirurgie. Les éléments prioritaires sont les suivants :

- Les ressources humaines (RH) : le nombre, la recertification, l'équipe et la pluridisciplinarité

  Dans les cinq années à venir, il est attendu une augmentation du nombre de médecins (+ 20 %) et une augmentation modérée des personnels paramédicaux (+ 10-15 %). La performance nécessite des personnels médicaux répondant aux obligations de certification périodique, un travail en équipe, un accès à l'innovation et la prise en compte de la qualité de vie au travail.
- L'innovation : appui méthodologique et observatoire ou registre

  Afin de diffuser les innovations, l'ARS continuera d'appuyer les établissements en accompagnant la diffusion des innovations (exemple : diffusion de guides méthodologiques à l'image de celui réalisé pour la chirurgie assistée par robot).
- Les parcours : chirurgie ambulatoire et épisode de soins

  Le développement de la chirurgie ambulatoire demeure une priorité, mais nécessite un encadrement en termes de qualité. Ainsi, une réflexion de type « épisode de soins » pourrait permettre de valoriser une prise

en charge péri-opératoire. Ce sujet est important et nécessite un programme permettant de créer des liens étroits avec la médecine de ville, faute de quoi la chirurgie ambulatoire va se développer avec une sécurité non optimale, notamment pour la chirurgie lourde.

- L'apport du numérique : améliorer la qualité de la prise en charge à toutes les phases du parcours chirurgical (décision, préparation, simulation, organisation, réalisation du suivi post-opératoire).
- La nécessité d'une transition écologique

  Les blocs opératoires sont à l'origine de 25 % des gaz à effet de serre des établissements de santé, d'où la nécessité d'un changement des pratiques en démarrant avec une auto-évaluation. À horizon 2028, une sélection d'établissements sera labellisée « green bloc ».
- Une évaluation multiple des pratiques : registres, recensement des événements indésirables graves et indicateurs de vigilance, dont les questionnaires usagers PREM (patient-reported-experience measures) et PROM (patient-reported-outcome measures).

  Les usagers souhaitent et doivent avoir une place importante dans les critères d'évaluation de leur prise en charge chirurgicale. L'ARS continuera de soutenir le développement de ces outils.

Veiller à la pertinence des soins

Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations) au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles (recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), des sociétés savantes, etc.). Cela signifie observer et analyser les pratiques en chirurgie, puis accompagner les équipes si nécessaires.

Pour ce faire, l'ARS continuera de s'appuyer sur l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (ORCA). L'ORCA est un groupe professionnel missionné par l'ARS qui analyse les pratiques et diffuse une culture de la qualité et de l'innovation parmi les professionnels de la chirurgie en Île-de-France. L'ARS établit par ailleurs un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

La production de tableaux de bord en chirurgie permet d'analyser la pertinence des actes, puis de proposer un programme d'amélioration. C'est une priorité en chirurgie ambulatoire, du fait des écarts de pratiques trop importants en Île-de-France (30 % à 80 %). D'où la question : comment réduire ces écarts de pratiques en chirurgie ambulatoire ? Ce sujet a été présenté à l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) et sera abordé au sein d'un groupe de travail spécifique.

Équilibrer l'offre de soins en chirurgie sur les différents territoires

La pratique chirurgicale doit être équilibrée au niveau des territoires, avec plusieurs priorités :

- dans la grande couronne, l'accès chirurgical doit être maintenu au sein des GHT (Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise) ;
- la gradation des soins doit être structurée et l'**attractivité des ressources humaines** préservée (postes partagés avec des établissements de santé disposant d'un plateau médico-technique innovant, partage des contraintes pour les gardes et astreintes, accès à la formation, conditions de vie) ;
- des **projets médicaux partagés au niveau territorial** qui devraient davantage impliquer les ressources humaines de chaque site, et probablement les CHU, permettant un travail en commun, un maintien des compétences, un partage des lignes de permanence des soins et également une connaissance des pratiques et des établissements dès la formation des étudiants par leur affectation dans ces sites ;
- une limitation du nombre de sites associée à un renforcement des équipes devrait permettre une meilleure adéquation entre les besoins et les lignes de permanence des soins.

Garantir à tous une offre de soins en chirurgie accessible

L'accès à des soins chirurgicaux de qualité et à l'innovation doit être garanti pour tous les patients, avec cinq publics prioritaires :

- gériatrie « UPOG » : le vieillissement de la population nécessite l'intégration des gériatres dans la prise en charge chirurgicale au niveau de chaque territoire ;
- pédiatrie : l'offre de soins doit être graduée afin de permettre un accès de proximité pour les problèmes courants nécessitant des actes chirurgicaux, tout en libérant les centres experts pour leurs activités de recours. L'élargissement, au second semestre 2023, des missions du dispositif spécifique « ACHILE[3] » comme dispositif spécifique régional (DSR) devrait améliorer cette offre ;
- précarité : les patients en situation de précarité ne consultent souvent qu'en urgence, d'où la nécessité d'une permanence des soins et d'un accès aux consultations sans rendez-vous ;
- handicap - UPOH (unité péri-opératoire et handicap) et hotline : il est nécessaire d'augmenter la compétence des équipes chirurgicales dans le domaine du handicap, et d'identifier des sites volontaires pour

3 ACHILE : Association urgences chirurgie infantile Île-de-France.

mettre en place des UPOH par territoire ainsi qu'un centre d'appel régional, très utile notamment en cas d'urgence ;

- posthectomies : en Île-de-France, près de 30 000 posthectomies sont réalisées annuellement chez les enfants, en chirurgie programmée. L'offre de chirurgie urologique est organisée de manière à réaliser ces actes. Ces prises en charge requièrent dans la plupart des cas une hospitalisation ambulatoire. À défaut d'une autorisation de chirurgie pédiatrique, la réalisation de posthectomies chez les enfants pourra être exercée dans le cadre d'une autorisation de chirurgie adulte, avec la double pratique thérapeutique spécifique « chirurgie plastique reconstructrice » et « chirurgie urologique ». L'autorisation mentionnera que la pratique thérapeutique spécifique de « chirurgie plastique reconstructrice » est dédiée à la réalisation des posthectomies chez les enfants.

PLUSIEURS INDICATEURS PERMETTRONT DE SUIVRE CES OBJECTIFS QUALITATIFS SUR LA PÉRIODE DU PRS3 :

- Le taux de chirurgie ambulatoire
- L'évolution des RH dans la grande couronne
- Le délai de prise en charge chirurgicale chez les personnes en situation de handicap
- Le nombre d'établissements ayant mis en place des PROM
- Le nombre de blocs opératoires labellisés « green bloc »

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

La répartition des établissements autorisés en chirurgie est équilibrée sur le territoire régional, excepté en chirurgie pédiatrique et en matière de prise en charge chirurgicale des personnes âgées (UPOG). En effet, en 2023, dans le département de Seine-et-Marne, un seul établissement de santé dispose d'une UPOG et dans le département du Val-d'Oise, un seul établissement a une activité de chirurgie pédiatrique.

La prise en charge chirurgicale des personnes en situation de handicap est une préoccupation complémentaire aussi bien pour les urgences, pour la chirurgie courante que pour la chirurgie spécialisée en rapport avec des complications directement liées à certains handicaps.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

La recherche de qualité dans la prise en charge chirurgicale de la population en Île-de-France implique une meilleure répartition de l'offre de soins en chirurgie dans le territoire. Afin d'assurer cette meilleure répartition, il est primordial :

- de développer une offre attractive pour les ressources humaines à travers les projets médicaux partagés adaptés ;
- de mettre en place une organisation avec une gradation des soins au niveau du territoire ;
- d'adapter la permanence des soins des établissements de santé aux besoins des territoires ;
- de faciliter l'accès aux UPOG pour les personnes âgées dans tous les départements, notamment en Seine-et-Marne où seul un établissement de santé en dispose actuellement ;
- de favoriser l'accès en proximité aux soins non programmés ainsi qu'à la permanence des soins, notamment pour les populations en situation de précarité, en particulier dans le département de la Seine-Saint-Denis où le taux de précarité est de 28 % ;
- de faciliter l'accès aux unités péri-opératoires spécialisées adaptées aux personnes en situation de handicap et, plus généralement, à une meilleure prise en charge dans tous les départements ;
- d'assurer une meilleure offre des soins en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique dans tous les départements, notamment le Val-d'Oise où un seul établissement de santé a une activité de chirurgie pédiatrique, d'où l'objectif de passer à trois établissements ayant une activité en chirurgie pédiatrique.

Révision de juin 2025 du schéma de chirurgie

Au terme de la procédure de délivrance des autorisations de chirurgie bariatrique lors de la campagne de 2024, il est apparu que le nombre d'implantations prévu était insuffisant pour répondre aux besoins de la population du département de Seine-et-Marne. En conséquence, une procédure de besoin exceptionnel a été lancée. Il convient donc de modifier le projet régional de santé et d'augmenter le nombre d'implantations de chirurgie bariatrique en Seine-et-Marne, en cohérence avec les besoins identifiés dans le cadre de cette procédure.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023). Les autorisations en vigueur en octobre 2023 couvrent les futures mentions de chirurgie adulte, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique

CHIRURGIE ADULTE		
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023 selon la réglementation en vigueur jusqu'au 1er juin 2023	
	HC	HJ
Paris - petite couronne		
75	39	45
92	21	21
93	15	15
94	15	15
Grande couronne		
77 nord	6	6
77 sud	6	6
78 nord	8	9
78 sud	5	5
91 nord	5	6
91 sud	6	7
95 est	2	2
95 ouest	3	4
95 sud	4	5
Total	135	146

Tableau 2 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023. Les implantations couvrent les futures mentions de chirurgie adulte, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique

CHIRURGIE ADULTE	
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations géographiques au 01/10/2023 existantes
	Implantations
Paris - petite couronne	
75	45
92	21
93	15
94	15
Grande couronne	
77 nord	6
77 sud	6
78 nord	9
78 sud	5
91 nord	6
91 sud	7
95 est	2
95 ouest	4
95 sud	5
Total	146

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Tableaux 3 : Implantations cibles (OQOS)

Mention chirurgie adulte

CHIRURGIE ADULTE		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	43	44
92	21	21
93	15	16
94	15	15
Grande couronne		
77 nord	6	6
77 sud	5	6
78 nord	9	9
78 sud	5	5
91 nord	6	6
91 sud	6	7
95 est	2	2
95 ouest	4	4
95 sud	5	5
Total	142	146

Mention chirurgie pédiatrique

En chirurgie pédiatrique, les conditions sont contraignantes mais sécuritaires pour la prise en charge des enfants : unité spécifique, personnel spécialisé, accès à une unité de soins critiques, ainsi que la participation au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique.

Les besoins d'une chirurgie de proximité sont nécessaires en tenant compte de la gradation proposée antérieurement, d'où une augmentation de sept autorisations, principalement en grande couronne.

CHIRURGIE PÉDIATRIQUE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	4	4
92	2	4
93	3	3
94	5	5
Grande couronne		
77	3	4
78	3	4
91	4	5
95	1	3
Total	25	32

Mention chirurgie bariatrique

En chirurgie bariatrique, les conditions sont également plus contraignantes mais sécuritaires, avec deux critères : un seuil à 50 actes réalisés en 2022 et un accès (sur site ou par convention) à une réanimation et à un plateau technique (endoscopies interventionnelles et scanner) 24 h/7j adapté aux patients concernés. La borne basse correspond aux établissements au-dessus du seuil et avec une unité de réanimation ; la borne haute correspond aux établissements au-dessus du seuil dont une grande partie devrait pouvoir avoir un accès proche à une réanimation et un plateau technique 24 h/7j adapté.

CHIRURGIE BARIATRIQUE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	7	12
92	4	5
93	5	9
94	1	4
Grande couronne		
77	2	5[4]
78	3	6
91	4	6
95	3	7
Total	29	54

4 Cf VII. Révision de juin 2025 du schéma de chirurgie

Activités de périnatalité
(gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale)

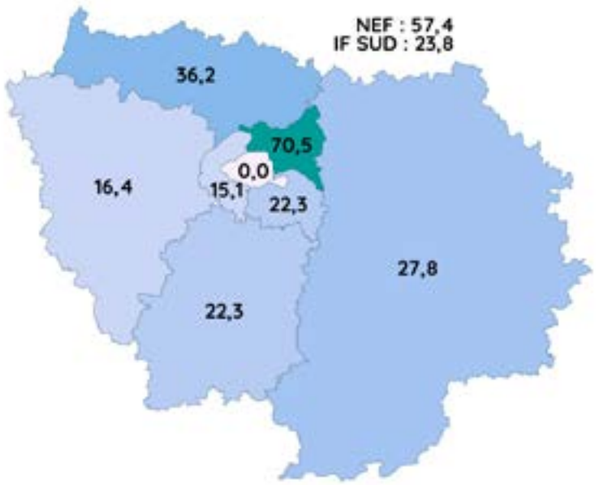
L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Le contexte francilien

Le contexte francilien est marqué par des indicateurs plus dégradés en Île-de-France que la moyenne de France métropolitaine.

- Une mortalité plus élevée que dans le reste du pays :
  - la mortalité maternelle s'élève à 12,3/100 000 naissances vivantes en Île-de-France, contre 8,2/100 000 en France hexagonale hors Île-de-France ;
  - la mortalité périnatale s'élève à 11,4/1 000 naissances totales en Île-de-France, contre 10,0/1 000 en France hexagonale hors Île-de-France (données 2021 associant PMSI pour les 1 602 mort-nés enregistrés et Insee pour les 347 décès néonatals < 7 jours en Île-de-France) ;
  - la mortalité infantile s'élève à 4,08/1 000 naissances vivantes en Île-de-France, contre 3,3/1 000 en France hexagonale hors Île-de-France.
- Baisse légère de la prématurité, cause principale de mortalité périnatale (reste un peu supérieure en Île-de-France 6,93 % / 6,41 % en France hexagonale hors Île-de-France), avec des écarts territoriaux importants, mais comporte une amélioration de la prise en charge active de l'extrême prématurité (à partir de 4,5 - 5 mois de grossesse). **Cette évolution des pratiques génère une augmentation des besoins en néonatalogie.**
- Les indicateurs liés aux caractéristiques de la population sont très marqués par les inégalités territoriales et sociales de santé : ainsi, 70,5 % des femmes accouchant en Seine-Saint-Denis sont domiciliées dans une commune faisant partie des 20 % les plus défavorisées d'après l'IDH-2.

Proportion des femmes accouchant dans une commune faisant partie des 20 % les plus défavorisées d'après l'IDH-2



Sources : Insee et PMSI 2021 Périnat-ARS-IDF /SESAN

La répartition de l'offre régionale

En octobre 2023, l'offre hospitalière en périnatalité se répartit sur 75 centres périnatals, dont :

- 17 centres de type I sans néonatalogie, réalisant au total 19 468 (12 %) des accouchements, dont 5 centres IB (expérimentation de soins pédiatriques de niveau 2 dans la chambre des mères) ;
- 58 centres avec unités de néonatalogie :
  - 26 de type IIA avec médecine néonatale réalisant 42 528 (26 %) des accouchements,
  - 17 de type IIB avec médecine néonatale et soins intensifs réalisant 47 054 (28,7 %) des accouchements,
  - 15 de type III avec médecine néonatale, soins intensifs et réanimation néonatale réalisant 54 415 (33,3 %) des accouchements.

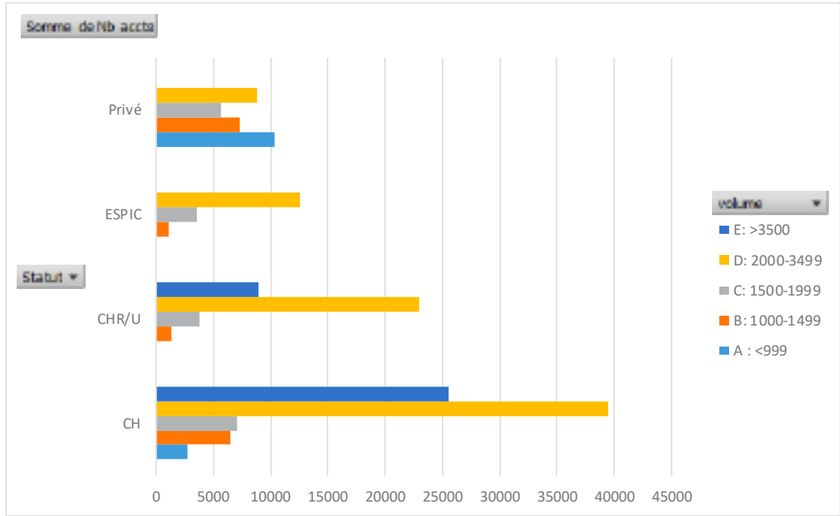
Il existe au moins un centre périnatal de chaque type par département. Il existe trois centres périnatals de type III avec chirurgie fœtale ou néonatale en recours régional et extra-régional, situés dans des hôpitaux pédiatriques à Paris, et un centre périnatal de type III fonctionnant avec un hôpital spécialisé en cardiologie interventionnelle à proximité.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Les caractéristiques de l'offre doivent être mises en regard des caractéristiques du territoire, notamment :

- des besoins de la population (IDH-2) ou indice de défavoration sociale (FDep), avec des inégalités sociales en santé (et besoin d'accès en secteur 1) ;
- des compétences partagées par les professionnels de santé ;
- des répartitions par type d'exercice (libéral / hospitalier / ville / PMI).

Répartition de l'activité d'obstétrique par statut d'établissement et par volume annuel d'activité (2021)



Source : PMSI 2021 Périnat-ARS-IDF / SESAN

À l'issue du PRS2, l'offre de soins régionale est fragilisée par des tensions majeures sur les ressources humaines en sages-femmes hospitalières et en infirmières puéricultrices diplômées d'État en service de néonatalogie. Cela se traduit par la fermeture de lits par manque de personnel, la limitation des inscriptions en maternité et l'arrêt d'activités diversifiées en établissement de santé (facteur d'attractivité) pour recentrer les professionnels sur les soins urgents non programmés.

Par ailleurs, la capacité de prise en charge de pathologie maternelle lourde n'est pas toujours cohérente avec la possibilité de prise en charge de nouveau-nés grands prématurés, surtout au centre de la région. Trois maternités de type III à forte activité sont situées dans des établissements pédiatriques (sans soins critiques maternels). Des maternités sont situées dans des établissements sans plateau technique de chirurgie générale ou sans soins critiques.

Enfin, l'expérimentation réalisée sur la période couverte dans le PRS2, autorisant des soins pédiatriques de niveau 2 en maternité de type I, a montré un bénéfice de confiance pour les parents et de confort pour les professionnels, mais ceci est soumis à une masse critique d'activité en nombre d'accouchements (3 000 accouchements/an).

Dans le cadre du plan 1 000 jours, les staffs médico-psychosociaux des maternités ont été renforcés ou développés pour 60 maternités, et couvrent en 2023 91 % des accouchements. Ces staffs constituent un des axes du plan régional de santé mentale périnatale (avec le soutien aux psychologues et assistants sociaux en maternité, le repérage de la dépression et les unités fonctionnelles de psychopathologie périnatale).

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/aap-2023-staffs-medico-psychosociaux-des-maternites-pour-un-parcours-coordonne-et-gradue-au-retour

Présentation de l'offre de soins par département

La densité des professionnels de santé est très hétérogène selon les départements[5]

Tableau : Présentation de densité de professionnels de la périnatalité (pôle RHS –DOS)

Département	Gynécologue médical	Sage-femme	Pédiatre	Gynécologue-obstétricien	Médecin anesthésiste
	pour 100 000 femmes en 2022	pour 100 000 femmes âgées de 15 à 54 ans en 2021	sur pop de 0 à 14 ans en 2021	pour 100 000 femmes en 2022	pour 100 000 habitants en 2022
Paris - petite couronne					
75	26,5	194,1	334,7	39	52,7
92	11,4	122,7	92,7	18,1	18,4
93	6,9	67,4	58,4	17,2	10,7
94	8,2	72,8	117,6	22	22,4
Grande couronne					
77	4,8	64,9	36,7	9,4	4,8
78	7,1	149	59,5	15,2	8,6
91	5,1	87,7	37,4	9,7	6,2
95	4,3	81,5	45,9	16	10,4

5 Sources : Insee et PMSI 2021, Périnat-ARS-IDF / SESAN.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Paris et petite couronne

- **Paris :** l'offre reste riche avec un choix entre public universitaire, ESPIC ou privé lucratif. La possibilité d'accoucher en maison de naissance selon des conditions de proximité de domicile est aussi proposée, la maternité support est également très attractive.
- **Hauts-de-Seine :** une des maternités de type I a beaucoup de difficultés à assurer une liste d'astreinte de pédiatres. L'équipe d'une maternité du sud du département assure des accouchements exceptionnellement dans un établissement proche dépourvu de maternité mais très spécialisé en cardiologie.
- **Seine-Saint-Denis :** le département de la Seine-Saint-Denis se caractérise par une population jeune (64,9 % de sa population a moins de 45 ans). Le taux de natalité y est élevé (18,3 ‰), ainsi que le taux de fuite des parturientes vers des maternités d'autres départements. Les tensions concernant les ressources humaines existent, et se sont accentuées sur la période 2022-2023. Des innovations organisationnelles méritent d'être étendues (sages-femmes référentes permettant l'accompagnement à la sortie) à toutes les maternités de la région. Une maison de naissance a été autorisée dans le sud du département, mais elle n'est pas encore fonctionnelle.
- **Val-de-Marne :** le département se caractérise par une offre rénovée. Les maisons de santé pluriprofessionnelles et les CPTS du territoire ainsi que leurs professionnels sont investis sur les thématiques liées à la santé de la femme et de l'enfant.

Grande couronne

- **Seine-et-Marne :** le département est marqué par une démographie médicale la plus faible de la région, en périnatalité particulièrement, alors que la population augmente durablement. La fragilité de l'offre de soins de ville (libérale et PMI) entraîne un recours aux établissements de santé très important en périnatalité.

  Dans ce contexte, les établissements publics fonctionnent à l'échelle des territoires des GHT, au nord comme au sud.

  Dans le sud du département, en raison de travaux, un établissement a fonctionné en période estivale 2021 en centre périnatal de proximité avec hébergement. Un autre établissement du sud a quant à lui, faute de ressources humaines en pédiatres en particulier, fermé temporairement son service de néonatologie à l'automne 2022, faisant transitoirement passer son activité de type IIA en type I jusqu'en septembre 2023. Ces deux établissements excentrés et fragiles accueillent des patientes domiciliées hors Île-de-France (23 % pour l'un et 11 % pour

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

l'autre).

- **Yvelines :** les maternités de type I sont en difficulté, avec des fermetures estivales faute de sages-femmes. Certaines maternités de type IIA ont une activité inférieure à 1 500 naissances. On observe une augmentation de flux sur les maternités publiques qui, pour certaines, sont amenées à refuser des inscriptions.
- **Essonne :** au sud du département, une équipe de territoire contribue à faire fonctionner la permanence des soins en obstétrique et en néonatalogie au sein du GHT, avec un centre périnatal de proximité sans hébergement.
- **Val-d'Oise :** ce département est le plus jeune de la région (source Insee), il comporte des territoires contrastés socialement. Il présente une mortalité infantile, dont la mortalité néonatale précoce, et une mortinatalité supérieures à la moyenne nationale, en lien avec la précarité associée à une plus grande fréquence de conditions défavorables (obésité, surpoids, comorbidités). Il est marqué par une faible densité en professionnels de santé de la périnatalité avec disparités intra-départementales en ville (faible offre en sages-femmes libérales dans l'est…).

  Les établissements signalent de grandes difficultés de recrutement en pédiatres et surtout en sages-femmes. Il est à souligner que l'organisation d'une filière physiologique est un facteur d'attractivité pour les patientes, les coparents et les professionnels.

  L'offre en maternité n'a pas évolué au cours du PRS2 sur ce département.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La périnatalité, de la conception au premier anniversaire de l'enfant, concerne les activités de soins soumises à autorisation de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale :

- pour la gynécologie-obstétrique, activité à composante chirurgicale qui comporte des soins ambulatoires pour le suivi prénatal et post-natal, et des soins en plateau technique programmés (pour la chirurgie gynécologique et l'orthogénie) ou non programmés pour les accouchements ou les urgences gynécologiques ;
- pour la néonatalogie, activité s'exerçant dans des unités de médecine néonatale, avec possibilité de soins dans la chambre des mères quand elles sont encore hospitalisées (lits kangourous) ou de soins critiques (soins intensifs, réanimation néonatale).

Les textes en vigueur sont issus des décrets de Périnatalité. En Île-de-France, un indice de besoin régional a été établi de longue date : 3 lits de néonatalogie, 2 lits de soins intensifs de néonatalogie et 1,5 lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances.

En 2018, les sociétés savantes de la périnatalité (gynéco-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres) ont élaboré ensemble des recommandations pour les ressources humaines nécessaires à la prise en charge des soins non programmés en gynécologie-obstétrique[6]. Les représentants des usagers ont élaboré avec la société savante de néonatalogie la Charte du nouveau-né hospitalisé (en 2020). Le rapport de la commission des 1 000 premiers jours[7] (2020) introduit une notion de « parcours à éclairer pour un accompagnement personnalisé adapté aux fragilités des futurs parents ».

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale		Gynécologie obstétrique Néonatalogie sans soins intensifs Néonatalogie avec soins intensifs Réanimation néonatale	

6 https://cngof.fr/rpc/

7 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

Évaluation des besoins à 5 ans

Risque de fermetures de maternité (sans intervention possible de l'ARS) à anticiper

Pendant le PRS2 : 6 maternités ont fermé dont 3 entre 2017 et 2021 et 3 entre 2021 et 2023, toutes de statut privé et réalisant moins de 1 000 accouchements par an. En 2023, parmi les 17 maternités réalisant moins de 1 000 accouchements par an (réalisant au total 13 100 accouchements), 13 sont privées (4 en petite couronne et 9 en grande couronne).

Évolutions démographiques de la population

Selon l'Insee, la population francilienne va augmenter dans les années à venir, passant de 12,4 millions d'habitants en 2022 à 12,7 millions en 2032.

Une baisse de la population en âge de procréer est prévue au centre de la région, tandis qu'elle augmentera en périphérie. L'évolution de l'indice conjoncturel de fertilité entre 2020 et 2022 est déjà le reflet de cette tendance, avec le plus bas à Paris (1,34) et le plus élevé dans le Val-d'Oise (2,22).

Évolution de la démographie des professionnels

Les perspectives démographiques des prochaines années sont défavorables : le nombre insuffisant d'inscriptions en filière maïeutique et des modifications des cycles d'études laissent craindre que le renouvellement des professionnels de la périnatalité ne soit difficilement assuré. Par ailleurs, une part non négligeable des professionnels, quel que soit le métier (anesthésistes-réanimateurs, gynéco-obstétriciens, pédiatres néonatalogistes, sages-femmes, infirmières puéricultrices diplômées d'État…), abandonne la partie du travail assujettie à la permanence des soins.

Évolution des modalités de prise en charge de la santé mentale

Des perspectives d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la santé mentale en périnatalité sont attendues avec la création d'une nouvelle mention en psychiatrie périnatale (le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle).

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Structurer et renforcer l'offre de soins en répondant aux besoins populationnels, grâce à une gradation des soins adaptée

- Veiller à l'adaptation accélérée du système de santé et la priorisation absolue des moyens sanitaires sur les territoires qui cumulent les difficultés ou voient leur démographie augmenter.
- Sécuriser les parcours de santé en périnatalité, notamment pour les plus vulnérables (cf. axe 2 du PRS3), avec un accompagnement personnalisé et l'accès à une sage-femme référente parcours permettant l'accompagnement à la sortie.
- Garantir la qualité de l'organisation des soins non programmés (transferts in utero, plateau technique adapté, prise en charge des urgences obstétricales…), en prenant appui sur les recommandations des professionnels de la périnatalité en matière de ressources humaines pour les soins non programmés[8].
- Poursuivre les démarches d'amélioration de la pertinence visant à la réduction des écarts de pratiques : par exemple, pour éviter les pratiques de césarienne non justifiée ou réalisée avant le terme recommandé[9], ce qui peut causer des détresses respiratoires chez le nouveau-né. CAQES 2018 « Pertinence césariennes programmées à terme ». https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pratiques-obstetricales-en-Île-de-France
- Disposer d'un nombre de lits suffisants en néonatalogie au regard des indices de besoins régionaux, tels que définis en Île-de-France dans le cadre de l'application de l'arrêté du 1er avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux.

Faciliter la coordination ville-hôpital

- Faciliter la coordination entre l'offre en ville et en établissement de santé grâce au partage d'un dossier médical structuré et d'un outil numérique de parcours.
- Mettre en place des échanges de pratiques, de protocoles et de revue de cas entre ville et hôpital, pour permettre une orientation pertinente

8 https://cngof.fr/rpc/

9 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf

à la suite d'une inscription précoce en maternité et tout au long du parcours jusqu'à l'accouchement et la période post-natale (cf. axe 3 du PRS3).

- Évaluer les résultats de façon continue par un suivi d'indicateurs, en poursuivant les démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge coordonnée du parcours périnatalité (cf. priorité régionale du CAQES 2022 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficience-des-soins-caqes-4).

Décliner la stratégie d'attractivité des ressources humaines en santé (cf. axe 4 du PRS3) en tenant compte des spécificités de la périnatalité

Porter une attention particulière aux besoins et demandes des usagers

- Mettre à disposition des usagers des informations comparatives sur les pratiques, le consentement éclairé et le dialogue sur les projets de naissance.
- Généraliser le bilan de prévention en tout début de grossesse, de l'entretien prénatal précoce et l'entretien post-natal précoce.
- Prendre en compte l'expérience patient et coparent.
- Permettre le respect de la Charte du nouveau-né hospitalisé, qui prévoit la présence continue, dès sa naissance et sans restriction 24 h/24, d'au moins l'un de ses parents ou d'une personne de confiance (« zéro séparation »). Cette charte a des impacts logistiques dans divers domaines tels que les transports néonatals et les opérations d'investissement immobilier, par exemple.
- Renforcer la capacité d'agir des Franciliens (cf. axe 1) et permettre à toutes les femmes/nouveau-nés de bénéficier d'un parcours de santé adapté à leurs besoins et à leurs attentes :
  - généraliser la médiation en santé et le recours à l'interprétariat (droit à l'information dans la langue maternelle) en périnatalité, notamment sur les territoires où les indicateurs de santé périnatale et infantile ont une évolution défavorable (mesure issue du CNR) ;
  - permettre le choix du degré de médicalisation selon les besoins et les attentes pour un suivi global de grossesse et pour l'accouchement, en favorisant les maisons de naissance, les filières physiologiques…

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Appliquer le plan régional de santé mentale en périnatalité (cf. axe 6 du PRS3)

- Repérage du risque de dépression périnatale, développement des staffs médico-psychosociaux, renforcement de l'offre par territoire avec inscription des maternités dans des unités de psychopathologie périnatale en lien avec les projets territoriaux de santé mentale, soutien aux structures d'appui et développement de l'évaluation en santé mentale périnatale.

Préparer l'avenir dans le cadre du développement durable

- Exemple : favoriser les démarches d'éco-maternité (cf. axe 5)

LES INDICATEURS UTILES AU SUIVI DU PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- **Maintien d'un système d'information en périnatalité, permettant de suivre en transparence pour les acteurs et les usagers** (Qualité et pertinence des soins, cf. axe 3) :
- **Indicateurs de structures :** nombre de lits consommés en néonatalogie par type d'unité (annuel), ROR et ADHOC périnatalité en temps réel, SIVSS[10] (délestages), développer l'enregistrement des accouchements en filière physiologique, maison de naissance, plateau technique, nombre d'accouchements par structure selon l'activité
- **Indicateurs de recrutement :** âge maternel, désavantage social ou « déprivation » (commune de domicile)
- **Indicateurs de pratiques :**
  - **fiches « profils césariennes »** (pertinence) **et « pratiques obstétricales »** information du public (cf. site https://accouchements.sante-idf.fr/accouchements/)
  - **terme et motifs des interruptions médicales de grossesse** (accès au diagnostic anténatal) avant ou après 22 semaines d'aménorrhée (impact sur l' enregistrement des mort-nés et décès néonatals)
  - **taux d'accouchement dans la maternité d'inscription, taux de transfert in utero, taux de transfert post-natal**
  - **durée de séjour en postpartum**
  - **taux d'accouchements de prématurés selon le terme et selon le type de centre périnatal, nombre de nouveau-nés éligibles à un suivi d'enfants vulnérables**
- **Indicateurs de résultats** : mortinatalité, mortalité périnatale, mortalité infantile, morbidité maternelle sévère, mortalité maternelle et leurs déterminants
- **Taux de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS), analyse des dysfonctionnements (SIVSS)**

10 SIVSS : système d'information de veille et sécurité sanitaire.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Paris et petite couronne

L'offre de Paris et des départements limitrophes devrait peu évoluer. Ainsi, une possibilité pour une maternité de solliciter une autorisation de prise en charge en néonatalogie (type IIA) est prévue afin de prendre en compte les conclusions de l'expérimentation réalisée durant le PRS2 pour une maternité qui respecte les conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation avec une masse critique d'activité en nombre d'accouchements (3 000 accouchements/an).

Par ailleurs, des évolutions sont attendues en Seine-Saint-Denis où notamment une maternité de type I demeure dans une situation de fragilité et où une autre maternité de type I a fermé.

Grande couronne

- **Seine-et-Marne :** une maternité du sud du département pourrait devenir le recours de populations situées dans une autre région.
- **Essonne :** une opération majeure de restructuration au nord du département, autorisée en 2023, conduira, en 2024-2025, au regroupement sur un site unique des unités d'obstétrique et de néonatalogie implantées sur deux sites distincts. Une gradation des soins a été encouragée pendant la phase transitoire. Des regroupements de cliniques de type I pourraient se faire et donner lieu à une autorisation IIA en vue de maintenir une offre néonatale de proximité, dans le contexte du regroupement susmentionné.
- **Val-d'Oise :** aucune évolution n'est prévue sur la période du PRS3. L'organisation de filières physiologiques est à soutenir. Il convient de noter qu'une clinique effectue moins de 1000 accouchements par an.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

AUTORISATION DE RÉANIMATION NÉONATALE LES OQOS PORTENT SUR LES AUTORISATIONS, CHAQUE MATERNITÉ CUMULANT AUTANT D'AUTORISATIONS QUE D'UNITÉS (EXEMPLE : UNE MATERNITÉ DE TYPE III EST TITULAIRE DE QUATRE AUTORISATIONS)							
	Existant - Répartition des autorisations par type de maternité					OQOS par nature d'autorisation (toutes maternités confondues)	
	TYPE I	TYPE IIA	TYPE IIB	TYPE III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
	Autorisations d'unités de réanimation néonatale				15	Autorisations d'unités de réanimation néonatale	
Paris - petite couronne							
75				4	4	4	4
92				2	2	2	2
93				2	2	2	2
94				2	2	2	2
Grande couronne							
77				1	1	1	1
78				1	1	1	1
91				1	1	1	1
95				2	2	2	2

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

AUTORISATIONS DE MÉDECINE NÉONATALE AVEC SOINS INTENSIFS							
	Existant - Répartition des autorisations par type de maternité					OQOS par nature d'autorisation (toutes maternités confondues)	
	TYPE I	TYPE IIA	TYPE IIB	TYPE III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
	Autorisations d'unités de néonatologie avec soins intensifs				32	Autorisations d'unités de néonatologie avec soins intensifs	
Paris - petite couronne							
75			2	4	6	6	6
92			2	2	4	4	4
93			4	2	6	6	6
94			1	2	3	3	3
Grande couronne							
77			3	1	4	4	4
78			2	1	3	3	3
91			1	1	2	2	2
95			2	2	4	4	4

AUTORISATIONS DE MÉDECINE NÉONATALE SANS SOINS INTENSIFS							
	Existant - Répartition des autorisations par type de maternité					OQOS par nature d'autorisation (toutes maternités confondues)	
	TYPE I	TYPE IIA	TYPE IIB	TYPE III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
	Autorisations d'unités de néonatologie sans soins intensifs				58	Autorisations d'unités de néonatologie sans soins intensifs	
Paris - petite couronne							
75		4	2	4	10	10	11
92		4	2	2	8	8	8
93		2	4	2	8	8	8
94		4	1	2	7	7	7
Grande couronne							
77		2	3	1	6	6	6
78		4	2	1	7	7	7
91		3	1	1	5	5	6
95		3	2	2	7	7	7

AUTORISATIONS DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE							
	Existant - Répartition des autorisations par type de maternité					OQOS par nature d'autorisation (toutes maternités confondues)	
	TYPE I	TYPE IIA	TYPE IIB	TYPE III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
	Autorisations d'unités de gynécologie-obstétrique				75	Autorisations d'unités de gynécologie-obstétrique	
Paris - petite couronne							
75	5	4	2	4	15	15	15
92	2	4	2	2	10	10	10
93	1	2	4	2	9	9	9
94	1	4	1	2	8	8	8
Grande couronne							
77	2	2	3	1	8	8	8
78	2	4	2	1	9	9	9
91	3	3	1	1	8	7	8
95	1	3	2	2	8	8	8

Synthèse du nombre d'implantations par département

Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	15	15	15
92	10	10	10
93	9	9	9
94	8	8	8
Grande couronne			
77	8	8	8
78	9	9	9
91	8	7	8
95	8	8	8
Total	**75**	**74**	**75**

Activité de psychiatrie

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

En octobre 2023, l'Île-de-France compte, toutes modalités de prise en charge confondues, 373 implantations autorisées en psychiatre générale et 158 en psychiatrie infanto-juvénile. Près de 379 000 patients sont pris en charge en hospitalisation dans l'année dans la région, dont un tiers ont moins de 25 ans. Cela représente respectivement 89 000 et 56 000 séjours d'hospitalisation complète et partielle ; 3,7 millions d'actes ambulatoires sont réalisés dans l'année[11].

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La période du troisième projet régional de santé est marquée par l'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation de psychiatrie[12], qui concerne l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut. Ce nouveau régime prévoit plusieurs évolutions importantes :

- les autorisations sont désormais délivrées par mention, qui sont au nombre de quatre : la mention **psychiatrie de l'adulte**, la mention **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, qui tient compte des besoins des mineurs jusqu'à l'âge de 18 ans, une nouvelle mention spécifique à la **psychiatrie périnatale**, et la mention soins sans consentement, la réalisation des **soins sans consentement** passant d'un régime de désignation à un régime d'autorisation ;
- pour être autorisés pour l'une de ces mentions, les établissements doivent proposer les trois formes de prise en charge (séjours à temps complet, séjours à temps partiel et soins ambulatoires), soit en propre, soit par convention avec un établissement partenaire ;

11 Données 2021.

12 Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie ; décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie ; arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du Code de la santé publique, et arrêté modificatif du 2 mars 2023 ; instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie.

- des exigences transversales sont consacrées ou renforcées : cohérence de l'activité avec le projet territorial de santé mentale, organisation de l'accès aux soins non programmés, concours à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient, accès aux soins somatiques et organisation de la prise en charge des comorbidités addictives, concours aux professionnels de premier recours, aux autres établissements de santé non spécialisés en psychiatrie ainsi qu'aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Psychiatrie		Psychiatrie de l'adulte Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Psychiatrie périnatale Soins sans consentement	

Évaluation des besoins à 5 ans

- Répondre à la hausse des besoins liés à une dégradation générale de l'état de santé mentale des Franciliens, amorcée avant la crise sanitaire : prévalence de la dépression en hausse chez les 18-75 ans depuis 2010, hausse continue des prises en charge pour troubles de l'humeur et du risque suicidaire associé, augmentation des pensées et tentatives de suicide chez les enfants et les adolescents, risque de dépression élevé[13], prises en charge inadéquates de mineurs dans les services de psychiatrie de l'adulte ou de pédiatrie.
- Poursuivre la réduction des inégalités de recours aux soins et d'offre disponible entre départements au sein de la région. La comparaison des taux de recours des habitants des huit départements donne, pour une moyenne régionale égale à 1, des indices variant de :
  - 0,87 (93) à 1,27 (75) en hospitalisation temps plein ;
  - 0,57 (91) à 1,64 (75) en hospitalisation temps partiel ;
  - 0,60 (95) à 1,71 (75) pour les actes ambulatoires[14].

13 ORS Île-de-France. « La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027 ». Paris : ORS ; 2023.

14 Données ATIH 2021.

Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires, les territoires présentant un moindre recours aux soins étant également ceux ayant un taux d'équipement plus faible que la moyenne régionale.

- Dans un contexte marqué par une démographie médicale défavorable, sans perspective d'amélioration rapide, et une inégale répartition des professionnels de santé dans leur ensemble au sein de la région, renforcer l'offre de manière ciblée sur des territoires prioritaires, tout en améliorant la coordination et la gradation, et les capacités de prise en charge en pédopsychiatrie, en veillant tout particulièrement à la transition de l'adolescence à l'âge adulte.
- Renforcer les capacités de prise en charge ambulatoire et augmenter les files actives et la densité des prises en charge réalisées dans les dispositifs sanitaires (hôpitaux de jour, CATTP[15], CMP[16], équipes mobiles), en articulation avec les structures médico-sociales (CMPP[17], BAPU[18]...).
- Structurer la réponse aux urgences psychiatriques dans chaque territoire.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Mention psychiatrie de l'adulte

- **Rééquilibrer les implantations à l'échelle régionale**

  Le schéma régional repose sur le principe général de stabilisation du nombre d'implantations, sauf justifiées par un objectif d'augmentation de l'offre dans des territoires sous-dotés en hospitalisation complète, soit par création nette, soit par transfert d'implantation entre territoires. Sont concernés par d'éventuelles nouvelles implantations les départements de la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne.

  Cependant, dans le souci de proposer des prises en charge spécifiquement adaptées à la période de la transition de l'adolescence vers l'âge adulte, un certain nombre d'implantations supplémentaires en psychiatrie de l'adulte pourront être délivrées auprès de titulaires de la mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au titre des unités grands adolescents – jeunes adultes (GAJA).

- **Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète**

  Est poursuivi le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, par l'autorisation d'activité d'hospitalisation partielle pour des établissements qui n'en disposeraient pas et par le renforcement des dispositifs ambulatoires (CMP, équipes mobiles...).

- **Rapprocher les lieux d'hospitalisation des lieux de résidence**

  Le schéma intègre également des opérations de rapprochement des lieux d'hospitalisation vers les lieux de résidence des patients pris en charge.

  Chaque département doit disposer d'une offre territoriale adaptée à la prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes.

- **Réviser le schéma d'organisation des urgences psychiatriques**

  Le schéma prévoit également la finalisation des schémas d'organisation des urgences psychiatriques et d'accueil de la crise dans chaque territoire, incluant, en prévention, la prise en charge des situations de crise. La réponse à ces situations inclura, notamment, l'organisation d'une offre ambulatoire coordonnée et graduée et la possibilité d'unités d'hospitalisation de crise et de courte durée. Compte tenu de la structuration de l'offre et des acteurs actuellement en activité en psychiatrie, ces réponses devraient, le cas échéant, pouvoir être organisées à nombre d'implantations constant.

Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- **Renforcer la pertinence des parcours en prévenant le recours à l'hospitalisation complète et en développant les interventions précoces**

  Le schéma poursuit l'objectif d'une pertinence renforcée des parcours, par la prévention du recours à l'hospitalisation complète à chaque fois que cela est possible, par l'organisation dans tous les territoires de dispositifs d'évaluation et d'orientation rapide, le développement de l'offre de post-urgence, de l'hospitalisation partielle en alternative à l'hospitalisation temps plein, de soins intensifs en ambulatoire et de soins à domicile.

- **Développer l'offre d'hospitalisation pour les mineurs de moins de 18 ans**

  Parallèlement, dans un contexte marqué par la dégradation de l'état de santé psychique des plus jeunes, par des inégalités territoriales persistantes d'équipement et de recours aux soins, et par la perspective

15 CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

16 CMP : Centre médico-psychologique.

17 CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.

18 BAPU : Bureaux d'aide psychologique universitaires.

de prises en charge des mineurs de moins de 18 ans en services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le schéma vise à développer une offre d'hospitalisation dans la région pour cette population.

Les nouvelles implantations sont autorisées prioritairement dans les territoires sous-dotés par rapport à la moyenne régionale, dans une optique de proximité géographique ou d'activité sous forme de recours supra-départemental, accessible aux résidents des territoires sous-dotés.

Les tranches d'âge prioritaires sont les adolescents de 12 à 18 ans.

- **Organiser une offre territoriale adaptée à la prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes**

  Chaque département doit disposer d'une offre territoriale adaptée à la prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes. Le développement de cette offre ne doit toutefois pas s'effectuer au détriment de la prise en charge pédopsychiatrique des publics plus jeunes, et pourra s'intégrer dans une réflexion plus globale portant sur le redéploiement d'une partie de l'offre de la psychiatrie de l'adulte vers la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

- **Autres objectifs qualitatifs en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

  En outre, le schéma vise à organiser une réponse aux besoins prioritaires suivants :

  – réponse graduée aux situations de crise, par l'organisation d'une offre ambulatoire coordonnée et graduée et la possibilité de soins denses en ambulatoire et d'unités d'hospitalisation de crise et de courte durée ;

  – capacités de prise en charge globale des adolescents par le renforcement des liens entre pédopsychiatrie et pédiatrie, et en particulier par l'augmentation des unités pédiatriques dédiées à la médecine de l'adolescent combinant ces deux compétences ;

  – réponse aux besoins spécifiques des mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

  – structuration régionale de la capacité de détection et de prise en charge des premiers épisodes psychotiques ;

  – structuration des filières spécialisées, en lien étroit avec des soins de proximité : troubles du spectre de l'autisme et troubles du neurodéveloppement, psychotraumatisme, troubles des conduites alimentaires.

Mention psychiatrie périnatale

Le schéma régional s'inscrit dans le prolongement de la stratégie des 1 000 premiers jours et vise à renforcer l'accès et la qualité de l'offre périnatale dans la région.

Il passe par la stabilisation du nombre d'unités mère ou parent-bébé temps plein dans la région – chaque unité ayant vocation à avoir un positionnement interdépartemental – et privilégie le renforcement du maillage territorial en offre de prise en charge à temps partiel et ambulatoire, incluant le renforcement de la liaison et des dispositifs d'aller-vers (équipes mobiles). Pour le département de l'Essonne néanmoins, la période du schéma régional permettra d'étudier la faisabilité d'une offre spécialisée d'hospitalisation temps plein mère-bébé, conformément aux orientations du PTSM.

La structuration des soins devra se faire en cohérence avec les autres offreurs de soins hospitaliers, dans une optique de soins gradués et coordonnés, par un renforcement et une organisation des liens fonctionnels avec :

- les unités de psychopathologie (UPP), accessibles à tout professionnel de périnatalité – y compris en premier recours – en contact avec des femmes enceintes, accouchées ou nouveau-nés ;
- les staffs médico-psychosociaux, dont le renforcement est poursuivi, dans l'objectif d'une généralisation en maternité, pour toutes les situations repérées comme à risque présentant un degré de complexité ;
- les réseaux de périnatalité.

Mention soins sans consentement

La stratégie s'inscrit dans un objectif global de réduction du recours aux soins sans consentement, par l'organisation d'une meilleure prévention et prise en charge des urgences et des situations de crise.

En nombre d'implantations, le schéma s'inscrit ainsi dans une logique de stabilisation a minima de l'offre et du maillage existants. Il permet d'envisager de nouvelles implantations de manière limitée et ciblée, dans un objectif de proximité et de continuité des prises en charge.

Les sites autorisés devront assurer une prise en charge adaptée, en conformité avec les exigences de respect des droits des personnes et de qualité et sécurité des soins.

Le schéma porte une attention particulière aux besoins spécifiques des mineurs, dont l'accès à une prise en charge adaptée doit être garanti dans chaque département.

Enfin, le schéma doit également permettre d'apporter un niveau de réponse régional :

- en matière d'hospitalisation des personnes détenues (capacités en UHSA[19] et selon d'autres modes de prise en charge) ;
- en matière de soins intensifs en psychiatrie (capacités en UMD, besoin de gradation renforcée des prises en charge).

LES INDICATEURS QUI SERONT SUIVIS DURANT LE PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- Taux d'équipement en lits entre départements
- Nombre de départements disposant d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques
- Pourcentage des hospitalisations prolongées (> 6 mois)
- Taux de recours aux soins des mineurs
- Nombre de départements de la région disposant d'une offre adaptée aux GAJA
- Part des soins sans consentement

19 UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées ; UMD : unités pour malades difficiles.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Paris et petite couronne

Paris (75)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Diminution possible du nombre d'implantations par regroupement de structures ou par transfert de Paris vers la petite ou la grande couronne.
  - Possibilité de délivrer des mentions supplémentaires pour mise en conformité d'unités grands adolescents – jeunes adultes (GAJA) existantes avec le nouveau régime des autorisations.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité de diminution du nombre d'implantations par regroupement de structures.
  - Possibilité de délivrer des mentions supplémentaires pour mise en conformité des unités grands adolescents – jeunes adultes existantes avec le nouveau régime des autorisations.
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour le renforcement de l'offre régionale d'hospitalisation complète présentant les garanties d'accès et d'organisation de parcours aux patients non parisiens ; et d'une implantation nouvelle pour le transfert d'une partie de l'offre sur un nouveau site intramuros.
  - Possibilité de délivrer une mention supplémentaire requise pour stabiliser l'offre d'hospitalisation temps plein en psychiatrie périnatale.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Stabilisation du nombre d'implantations, avec un objectif de développement et maillage en termes d'hospitalisation partielle et d'ambulatoire.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.

Hauts-de-Seine (92)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Des relocalisations dans les Hauts-de-Seine de lits d'hospitalisation de secteurs du Val-d'Oise et du Val-de-Marne, historiquement implantés hors du département, seront possibles dans un objectif de rapprochement du lieu de résidence des patients.
  - Possibilité de délivrer des mentions supplémentaires pour la mise en conformité d'unités mixtes grands adolescents – jeunes adultes existantes avec le nouveau régime des autorisations.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité de délivrer des mentions supplémentaires pour la mise en conformité d'unités grands adolescents – jeunes adultes existantes avec le nouveau régime des autorisations.
  - Possibilité de développer des offres d'hospitalisation, à nombre d'implantations constant, pour renforcer les capacités de prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes ainsi que, dans le nord des Hauts-de-Seine, les capacités de prise en charge des adolescents.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer les capacités d'hospitalisation partielle dans le département.
- **Mention soins sans consentement**
  - Possibilité d'une nouvelle implantation dans un objectif de meilleures proximité et continuité des prises en charge.

Seine-Saint-Denis (93)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Possibilité d'implantations nouvelles par création ou transfert, pour renforcer l'offre d'hospitalisation partielle et complète, dans le cadre du rééquilibrage régional en faveur des territoires sous-dotés.
  - Possibilité de délivrer une mention supplémentaire pour la mise en conformité d'une unité mixte grands adolescents – jeunes adultes existante avec le nouveau régime des autorisations.
  - Une implantation est comptabilisée au titre d'un site d'hospitalisation de secteurs parisiens.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité de nouvelle implantation pour renforcer les capacités d'hospitalisation complète et partielle car le territoire est sous-doté, et à ce titre considéré comme prioritaire.
  - Possibilité de délivrer des mentions supplémentaires pour mise en conformité d'unités grands adolescents – jeunes adultes (GAJA) existantes avec le nouveau régime des autorisations, et pour renforcer les capacités d'hospitalisation complète et partielle des grands adolescents et jeunes adultes.
  - Une implantation est comptabilisée au titre des secteurs de Paris et du Val-de-Marne.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer les capacités d'hospitalisation partielle dans le département.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.
  - Une implantation est comptabilisée au titre de l'hospitalisation pour des secteurs parisiens.
  - Possibilité de nouvelles implantations dans un objectif de meilleures proximité et continuité des prises en charge, notamment des mineurs.

Val-de-Marne (94)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Des relocalisations dans le Val-de-Marne de lits d'hospitalisation de secteurs de Paris, historiquement implantés en grande couronne, seront possibles dans un objectif de rapprochement du lieu de résidence des patients.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité de nouvelles implantations pour renforcer la prise en charge des grands adolescents et des jeunes adultes.
  - Possibilité de développer une offre d'hospitalisation complète pour les enfants et les adolescents, à nombre d'implantations constant (augmentation du capacitaire des implantations existantes et de la couverture journalière).
  - Possibilité d'une implantation nécessaire à la stabilisation de l'offre d'hospitalisation temps plein en psychiatrie périnatale.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité de développer une offre d'hospitalisation à temps partiel, à nombre d'implantations constant.
- **Mention soins sans consentement**

– Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.

Grande couronne

Seine-et-Marne (77)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle par création ou transfert, pour renforcer l'offre d'hospitalisation partielle et complète, dans le cadre du rééquilibrage régional en faveur des territoires sous-dotés.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité d'implantations nouvelles pour renforcer la capacité de prise en charge des adolescents prioritairement en hospitalisation partielle, et en hospitalisation complète, car le territoire est sous-doté et, à ce titre, considéré comme prioritaire.
  - Possibilité d'implantation nouvelle pour renforcer les capacités d'hospitalisation des grands adolescents et jeunes adultes.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer l'offre d'hospitalisation en psychiatrie périnatale.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.

Yvelines (78)

- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité de délivrer une mention supplémentaire pour la mise en conformité d'une unité mixte grands adolescents – jeunes adultes existante avec le nouveau régime des autorisations.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour développer l'offre d'hospitalisation partielle, en particulier dans les Yvelines sud.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.
  - Possibilité d'une nouvelle implantation dans un objectif de meilleures proximité et continuité des prises en charge.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Essonne (91)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer l'offre d'hospitalisation des grands adolescents – jeunes adultes.
  - Des implantations sont comptabilisées au titre de sites d'hospitalisation de secteurs parisiens.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité d'implantations nouvelles pour renforcer les capacités de prise en charge des adolescents et des grands adolescents – jeunes adultes, en hospitalisation partielle et en hospitalisation complète, car le territoire est sous-doté et, à ce titre, considéré comme prioritaire.
- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer l'offre d'hospitalisation partielle. La faisabilité d'une unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé en Essonne pourra toutefois être étudiée.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.
  - Une implantation est comptabilisée au titre de sites d'hospitalisation de secteurs parisiens.

Val-d'Oise (95)

- **Mention psychiatrie de l'adulte**
  - Une implantation est comptabilisée, correspondant à une offre sectorisée au bénéfice des habitants des Hauts-de-Seine. Dans un objectif de rapprochement du lieu de résidence des patients, dans les Hauts-de-Seine, cette implantation pourra être amenée à être transférée dans les Hauts-de-Seine.
  - Possibilité de délivrer une mention supplémentaire pour renforcer les capacités de prise en charge des grands adolescents – jeunes adultes en hospitalisation partielle.
- **Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
  - Possibilité d'implantations nouvelles pour renforcer en priorité les capacités d'hospitalisation partielle des enfants et adolescents, ou d'hospitalisation complète, car le territoire est sous-doté et, à ce titre, considéré comme prioritaire.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

- **Mention psychiatrie périnatale**
  - Possibilité d'une implantation nouvelle pour renforcer les capacités d'hospitalisation partielle dans le département.
- **Mention soins sans consentement**
  - Garantir une réponse adaptée aux besoins des mineurs sur ce territoire.
  - Diminution possible au titre de la relocalisation de l'activité d'un site dans les Hauts-de-Seine.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

L'existant est comptabilisé, de manière théorique, selon le nouveau régime d'autorisation en psychiatrie qui entrera en vigueur avec le présent PRS.

Mention psychiatrie de l'adulte

Tableau 1 : Nombre d'autorisations théoriques à date au format « nouveau régime par mention »

PSYCHIATRIE DE L'ADULTE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	27
92	17
93	9
94	17
Grande couronne	
77	9
78	12
91	11
95	13
Total	115

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

PSYCHIATRIE DE L'ADULTE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	25	31
92	17	21
93	9	17
94	17	18
Grande couronne		
77	9	10
78	12	12
91	10	12
95	12	13
Total	111	134

Mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Tableau 1 : Nombre d'autorisations théoriques à date au format « nouveau régime par mention »

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	19
92	7
93	9
94	7
Grande couronne	
77	5
78	11
91	4
95	7
Total	69

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	18	24
92	7	11
93	9	14
94	7	10
Grande couronne		
77	5	8
78	11	12
91	4	6
95	7	9
Total	68	94

Mention psychiatrie périnatale

Tableau 1 : Nombre d'autorisations théoriques à date au format « nouveau régime par mention »

PSYCHIATRIE PÉRINATALE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	4
92	3
93	4
94	4
Grande couronne	
77	2
78	3
91	3
95	4
Total	27

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

PSYCHIATRIE PÉRINATALE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	4	4
92	3	4
93	4	5
94	4	4
Grande couronne		
77	2	3
78	3	4
91	3	4
95	4	5
Total	27	33

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Mention soins sans consentement

Tableau 1 : Nombre d'autorisations théoriques à date au format « nouveau régime par mention »

SOINS SANS CONSENTEMENT	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	7
92	7
93	8
94	7
Grande couronne	
77	6
78	8
91	6
95	7
Total	56

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SOINS SANS CONSENTEMENT		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	7	8
92	7	8
93	8	10
94	7	8
Grande couronne		
77	6	7
78	8	9
91	6	7
95	6	7
Total	55	64

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) a connu une évolution importante au fil des 20 dernières années. La réforme des SSR de 2008 a représenté un virage important, fusionnant les ex-« soins de suite » et les ex-« soins de rééducation-réadaptation » en secteur du SSR avec des mentions spécialisées.

Le secteur s'est considérablement développé du fait de plusieurs facteurs :

- le vieillissement de la population, et donc l'augmentation de pathologies liées à l'âge (AVC, par exemple) et de la dépendance ;
- lamélioration de la prise en charge des affections aiguës et des maladies chroniques, qui s'accompagne d'un nombre plus élevé de personnes vivant avec un handicap ;
- les progrès de la médecine de réadaptation : **la rééducation reposait initialement sur des concepts très empiriques ; aujourd'hui, les données scientifiques fondées sur la preuve permettent de proposer des modalités de prise en charge plus techniques et reposant sur des bases scientifiques solides.**

La réforme de 2022 vient médicaliser encore davantage le secteur, comme le démontre la nouvelle dénomination du secteur « soins médicaux et de réadaptation » (SMR). Dans la même perspective, est identifié un troisième niveau de prise en charge, au-delà des mentions spécialisées : les activités d'expertise (AE).

Le secteur SMR ne se résume pas à être « l'aval du secteur MCO ». Il a également vocation à être la face sanitaire de la prise en charge du handicap, proposant un processus global d'accompagnement, incluant des soins de rééducation et de réadaptation personnalisés dans un **objectif fonctionnel**, ainsi qu'un rôle d'appui à la réinsertion dans son environnement.

Ainsi, il s'inscrit dorénavant à la fois dans les parcours de santé **en amont ou en aval d'une hospitalisation aiguë, mais aussi directement depuis la médecine de ville**, afin de prévenir et répondre aux enjeux du maintien au domicile des personnes en situation de handicap ou âgées et du développement des maladies chroniques.

L'Île-de-France est la deuxième région métropolitaine (après PACA) en termes de densité d'offre en SSR/SMR (nombre de lits et places pour 100 000 habitants de plus de 50 ans). La région compte 219 établissements avec une autorisation SSR, dont 19 avec une autorisation en pédiatrie (enfants et adolescents).

La répartition de l'activité selon les statuts d'établissement est la suivante :

- privé lucratif : 40 %
- ESPIC : 20 %
- public hors AP-HP : 20 %
- AP-HP : 20 %

L'Île-de-France a historiquement conduit une politique de spécialisation du secteur. La gériatrie représente environ 40 % de l'ensemble. Les SSR locomoteur et neurologique représentent 28 % de l'activité en hospitalisation complète (HC) et 65 % de l'activité en hospitalisation de jour (HJ). Les SSR polyvalents, jusque-là considérés comme socles réglementaires au développement des mentions spécialisées, sont minoritaires dans la région et souvent servent de fondement aux reconnaissances contractuelles.

Données quantitatives d'activité : sur l'année 2021, l'activité SSR a été la suivante : 4 897 092 journées d'HC et 781 961 venues en HJ (soit un taux d'activité ambulatoire de 13,8 %). Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence, car ils reflètent encore les effets de la crise du Covid-19 qui a entraîné, en région comme sur tout le territoire national, une baisse marquée de l'activité SSR.

Globalement, le virage ambulatoire s'est traduit dans la région, depuis une dizaine d'années, par une augmentation régulière de la part de l'HJ par rapport à l'HC. Ainsi, **par comparaison avec l'année 2012, on constate : une diminution de 12 % du nombre de journées d'HC, contrastant avec une augmentation de 46 % du nombre de venues en HJ**. Ainsi, le taux d'activité ambulatoire est passé de 9,5 % en 2012 à 13,8 % en 2021 ; tendance qui devrait s'accentuer fortement dans les prochaines années au vu des éléments environnementaux précités.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La **réforme des autorisations,** dont les décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 sont parus début 2022, transforme le champ des SSR en SMR (soins médicaux et de réadaptation), avec notamment deux évolutions importantes :

- l'apparition de nouvelles mentions spécialisées, venant s'ajouter aux neuf mentions pré-existantes :
  - SMR pédiatrie, avec deux mentions : enfants (4 ans et plus) et adolescents ; et jeunes enfants (moins de 4 ans), enfants et adolescents,
  - SMR oncologie (qui s'ajoute au SMR onco-hématologie qui existait déjà),
  - SMR polyvalent (qui devient une mention à part entière) ;
- l'apparition d'activités d'expertise (AE), nouveau niveau dans la gradation des soins en SMR, pour des activités pointues spécialisées ou des pathologies spécifiques (11 AE adultes et 2 dans le champ pédiatrique). Ces activités ne seront pas soumises à autorisation mais feront l'objet de reconnaissances contractuelles.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins médicaux et de réadaptation	Mention polyvalent Mention gériatrie	Mention locomoteur Mention système nerveux Mention cardio-vasculaire Mention pneumologie Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition Mention conduites addictives	Mention brûlés
Soins médicaux et de réadaptation **Modalité pédiatrie**		Mention enfants et adolescents Mention jeunes enfants, enfants et adolescents	
Soins médicaux et de réadaptation **Modalité cancers**		Mention oncologie	Mention onco-hématologie

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Évaluation des besoins à 5 ans

Bilan du PRS2 et besoins pour les cinq prochaines années

Parmi les enjeux du PRS2, plusieurs objectifs ont été atteints

- **La résolution des parcours bloqués ou complexes** :
  - création de 5 unités de soins prolongés complexes **(USPC)** et de 3 soins de rééducation post-réanimation **(SRPR)** neurologiques (venant compléter les 5 SRPR préexistants) ;
  - création des cellules d'appui à la résolution des situations complexes (CARSIC), en subsidiarité des dispositifs et cellules cas complexes existantes ;
- **La montée en charge et le développement des prises en charge ambulatoires au sens large.**
- **Le développement des filières déficitaires et la reconversion des filières excédentaires.**
- **L'identification de filières « oubliées » échappant aux filières SSR traditionnelles.**
- **L'anticipation de l'impact des nouvelles technologies et leur promotion.**

Besoins pour les cinq prochaines années

Il paraît essentiel de poursuivre et d'amplifier les actions menées au cours des cinq dernières années. En effet, le recours au secteur SMR, qui a montré son importance lors de la crise sanitaire liée au Covid-19, va devenir de plus en plus important pour plusieurs raisons.

- Vieillissement de la population.
- Enjeu fort d'amélioration de la prise en charge des maladies aiguës et chroniques.
- Insuffisance de l'offre médico-sociale pour adultes en situation de handicap, qui rend plus difficiles les solutions d'aval pour le SMR ; mais aussi difficultés sur le secteur personnes âgées (maintien à domicile).
- Difficulté pour trouver des relais en ville pour la réadaptation (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, notamment).

Plusieurs enjeux peuvent être identifiés.

- Amélioration nécessaire du lien MCO-SMR (qui doit être bidirectionnel).
- Renforcement du lien ville-SMR.
- Développement de la coopération médico-social-SMR pour limiter les passages aux urgences inadéquats, maintenir l'autonomie…
- Meilleure visibilité des établissements SMR, avec une mise à jour a minima annuelle des unités référencées dans le ROR[20], et une attention particulière sur les données de contacts ainsi que la bonne description des offres de soins proposées.
- Travail sur les filières territoriales et sur les admissions directes.
- Rappel et confortation du rôle du SMR dans le champ de la prévention.
- Positionnement du SMR comme référent parcours, notamment pour les patients en perte d'autonomie, souffrant de handicap, dans le but de maintenir l'autonomie le plus longtemps possible :
  - développement d'une offre de « SMR hors les murs », notamment dans les pathologies chroniques et le handicap (EM-RR[21], HAD-R[22], consultations de suivi) ;
  - ouverture à des séjours de répit / revalidation / réévaluation.
- Action en direction des aidants (solutions de répit, formation/éducation…), un enjeu essentiel encore trop marginal.
- Vigilance portée à l'augmentation des situations sociales complexes avec un impact sur la durée moyenne de séjour et la saturation des services.
- Concernant le SMR pédiatrique, quelques points particuliers méritent d'être signalés :
  - souligner le rôle ressource des SMR pédiatriques dans les parcours de santé des enfants avec maladies chroniques ou avec handicap ;
  - rôle important dans la coordination avec la ville, le secteur médico-social, l'Éducation nationale et la pédopsychiatrie ;
  - deux activités d'expertise seront à décliner au niveau régional : polyhandicap et troubles des apprentissages ;
  - participation à la transition enfant/adulte.

20 Répertoire opérationnel des ressources.

21 Équipes mobiles de réadaptation-réinsertion.

22 HAD de rééducation.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Points d'alerte pour les cinq prochaines années

Deux points d'alerte principaux doivent être indiqués.

- **La réforme de financement,** qui comprend des incertitudes à clarifier et fait craindre à ce stade, pour l'Île-de-France, un risque de contrainte sur les possibilités de développement de l'offre.
- **Les tensions RH et leurs conséquences sur l'offre (fermeture de lits)**. Ces difficultés ne sont pas spécifiques au secteur SSR/SMR, mais ce dernier est fortement touché. Cela dans un contexte où le développement de l'ambulatoire va entraîner un besoin de médicalisation et d'encadrement du secteur d'hospitalisation complète pour accueillir les patients les plus dépendants et/ou complexes sur le plan clinique.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

La priorité va consister à **mettre en conformité l'offre avec la réforme des autorisations**, transformant le champ SSR en SMR, notamment :

- décliner les nouvelles **mentions spécialisées** : pédiatrie, oncologie et polyvalent (cette dernière étant une mention socle dans le SSR, peu développée en région) ;
- attribuer de nouvelles autorisations, incluant les deux modes de prise en charge (HC et HJ), à mettre en œuvre sur site ou par convention ;
- poursuivre l'évaluation du besoin spécifique de prise en charge pour des patients polypathologiques, quel que soit leur âge, afin de renforcer l'accessibilité des soins pour les « âges frontières » 60-74 ans selon les territoires ;
- mettre en œuvre les **activités d'expertise** (AE), nouveau niveau dans la gradation des soins en SMR, pour des activités pointues spécialisées ou des pathologies spécifiques (11 AE adultes et 2 enfants) ;
- développer l'activité de prévention par la promotion d'actions de repérage et de diagnostic ;
- encourager les établissements ayant une offre en SMR gériatrique à mettre en place également une offre de SMR polyvalent pour répondre aux besoins de proximité ;
- encourager les établissements ayant une offre en SMR onco-hématologie à mettre en place également une offre en SMR oncologie.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Par ailleurs, le soutien à certaines activités spécifiques non identifiées dans la réforme SMR mais répondant à un besoin devra être envisagé.

- Certaines activités déjà existantes dans la région, identifiées par des reconnaissances contractuelles : SMR basse vision, SMR néphrologie-dialyse, SMR dénutrition sévère, SMR périnatalité (SMR mère-enfant).
- Certaines activités SMR actuellement peu voire pas présentes dans l'offre de soins :
  - offre SMR pour patients souffrant de troubles psychiatriques ;
  - soins palliatifs dans le champ SMR, en lien avec les travaux nationaux en cours : actuellement, la durée de séjour limitée en soins palliatifs dans le champ MCO restreint l'accès à ces prises en charge pour certains patients qui en auraient besoin. Le développement d'une offre palliative en SMR répond à un besoin qui devra être quantifié plus précisément, notamment en lien avec les nouvelles autorisations de SMR oncologie, polyvalent et gériatrie.
- Un appel à manifestation d'intérêt a récemment permis d'identifier une offre nouvelle en SMR pédiatrique, correspondant aux recommandations de la HAS[23] sur la rééducation motrice intensive pour les enfants souffrant de paralysie cérébrale.
- Sur l'apport des nouvelles technologies, la place des nouveaux outils technologiques devra être précisée : exosquelettes, réalité virtuelle, rééducation robotisée, outils connectés, impression 3D…
- Le développement de modalités alternatives au SSR/SMR traditionnel :
  - équipes mobiles thérapeutiques, qui pourraient être un palier intermédiaire entre l'HJ SMR et l'HAD-R, conformément au nouveau cadre réglementaire de l'HAD qui prévoit une mention spécialisée relative à la réadaptation ;
  - télé-réadaptation (un modèle économique est en cours de réflexion au niveau national) ;
  - développement d'une offre innovante de SMR hors les murs (voir supra) ;
  - des consultations paramédicales pourraient également être envisagées pour apporter un avis technique/spécialisé aux professionnels de ville ou du champ ESMS.

Plus globalement, la thématique des activités ambulatoires, au sens large, apparaît comme un sujet prioritaire (HJ sous ses diverses formes, équipes mobiles et EM-RR avec soins, soins externes et solutions tournées vers la ville, télésanté sous ses diverses possibilités, modalités de développement et coopération équilibrés pour l'HAD-R, solutions de transition entre la ville et l'hôpital…).

23 Haute Autorité de santé.

Le Comité consultatif d'allocation des ressources SMR aura un rôle à jouer dans le soutien à ces différentes nouvelles activités.

Par ailleurs, **les objectifs du PRS2 doivent bien sûr être poursuivis**, notamment :

- la résolution des parcours bloqués ou complexes ;
- le développement des prises en charge ambulatoires au sens large ;
- la meilleure structuration des filières SMR échappant aux filières SMR traditionnelles (ex. : traumatisme cranio-cérébral léger ; suites d'arrêt cardio-respiratoire ; patients avec comorbidités psychiatriques…) ;
- l'anticipation de l'impact des nouvelles technologies et leur promotion.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Si, quantitativement, l'offre SMR régionale semble globalement satisfaisante, il apparaît que certains territoires sont relativement moins bien pourvus, ce qui entraîne une perte de chance pour les personnes habitant dans ces territoires, notamment pour les activités de proximité (SMR gériatrique et polyvalent).

Il faudra donc veiller, dans les années à venir à mieux répartir l'offre dans ces territoires (notamment la Seine-et-Marne, les parties sud des Yvelines et l'ouest du Val-d'Oise).

Pour les activités à vocation régionale : il est prévu trois nouvelles implantations de SMR mention onco-hématologie car l'offre actuelle (trois sites) est insuffisante, surtout depuis la fermeture d'un centre dans le Val-d'Oise.

Pour les activités territoriales : globalement, le développement des nouvelles implantations en SMR mention oncologie (nouvelle autorisation) s'appuiera sur les besoins des territoires et les compétences déjà existantes (SMR associé en cancérologie).

Pour les autres nouvelles autorisations

- **Paris** : quatre implantations supplémentaires pour le développement d'activités ambulatoires de SMR mention locomoteur (notamment pour les amputés complexes, la traumatologie sportive et l'aval des pathologies orthopédiques et traumatologiques) ; des implantations supplémentaires sont souhaitées pour les SMR mention pneumologie et mention cardio-vasculaire, insuffisamment développés dans Paris, et une implantation pour un projet de SMR basse vision pour l'enfant.

- **Seine-et-Marne** : deux implantations supplémentaires de SMR mention locomoteur.
- **Yvelines** : deux implantations de SMR mention locomoteur orientées vers la pathologie sportive et le parasport ; des implantations supplémentaires sont prévues en SMR mention pneumologie, mention système digestif-endocrinologie-diabétologie-nutrition, mention système nerveux et mention cardio-vasculaire.
- **Essonne** : des implantations supplémentaires envisagées en SMR mention locomoteur, mention pneumologie et mention système nerveux.
- **Hauts-de-Seine** : des implantations sont envisagées sur le SMR mention locomoteur, mention système digestif-endocrinologie-diabétologie-nutrition et cardio-vasculaire, dans le cadre de la réorganisation d'établissements du territoire.
- **Seine-Saint-Denis** : des implantations supplémentaires sont envisagées en SMR mention locomoteur (dont une en traumatologie sportive), mention pneumologie et mention système digestif-endocrinologie-diabétologie-nutrition.
- **Val-de-Marne** : des implantations supplémentaires sont envisagées en SMR mention pneumologie et mention conduites addictives, mention système digestif-endocrinologie-diabétologie-nutrition, mention système nerveux et mention cardiovasculaire. Une implantation en mention enfant et adolescent est envisagée pour la prise en charge des amputations complexes en pédiatrie.
- **Val-d'Oise** : des implantations supplémentaires sont envisagées en SMR mention pneumologie, mention système nerveux (au cas où le SRPR du territoire se transformerait en activité d'expertise PREPAN[24]) et mention cardiovasculaire.

Pour les activités de proximité

- Des implantations supplémentaires de SMR polyvalent sont envisagées dans plusieurs territoires, pour répondre à des besoins de proximité, ainsi que pour le développement de certaines expertises non identifiées au niveau national mais correspondant à des reconnaissances contractuelles régionales (par exemple, SMR néphrologie-dialyse, SMR basse vision, périnatalité...).
- Pour le SMR gériatrie : nouvelles implantations envisagées dans les territoires 75, 78 nord, 78 sud, 91 nord, 91 sud, 92, 93, 94 et 95 sud.

Implantations opposables :

24 PREPAN : prise en charge en réadaptation précoce post aigüe neurologique.

objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Dans le cadre réglementaire en vigueur durant le PRS2, les modalités SSR étaient relativement différentes, notamment avec des modalités pédiatriques distinctes et des autorisations en hospitalisation complète (HC) ou en hospitalisation de jour (HJ). Aussi, les tableaux 1, 3 et 5 présentent l'existant dans ce cadre, tandis que les tableaux 2, 4 et 6 présentent les implantations cibles selon la réglementation applicable au 1er juin 2023.

Mentions de ressort régional

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SSR ONCO-HÉMATOLOGIE				
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HJ	HC	HJ
Paris - petite couronne				
75	2	0	1	0
92	0	0	0	0
93	0	0	0	0
94	0	0	0	0
Grande couronne				
77	0	0	0	0
78	0	0	1	0
91	1	0	0	0
95	0	0	1	1
Total	**3**	**0**	**3**	**1**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SMR ONCO-HÉMATOLOGIE		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	4	6

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SSR BRÛLÉS				
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HJ	HC	HJ
Paris - petite couronne				
75	0	0	0	0
92	0	0	0	0
93	0	0	0	0
94	0	0	0	0
Grande couronne				
77	1	1	0	0
78	0	0	1	0
91	0	0	0	0
95	0	0	0	0
Total	**1**	**1**	**1**	**0**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SMR BRÛLÉS		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1

Mentions de ressort territorial

Tableaux 3 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SSR LOCOMOTEUR				
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	8	12	1	1
92	7	7	1	1
93	8	9	1	1
94	5	5	2	2
Grande couronne				
77	6	6	2	1
78	10	9	1	1
91	6	7	1	1
95	9	8	1	1
Total	**59**	**63**	**10**	**9**

SSR RESPIRATOIRE				
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	3	1	0	0
92	2	3	0	0
93	1	2	1	0
94	0	0	0	0
Grande couronne				
77	1	2	0	0
78	1	1	2	0
91	1	1	0	0
95	3	3	1	1
Total	**12**	**13**	**4**	**1**

Tableaux 4 : Implantations cibles (OQOS)

SMR LOCOMOTEUR		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	13	17
92	7	8
93	11	14
94	5	5
Grande couronne		
77	5	7
78	10	12
91	8	9
95	9	9
Total	**68**	**81**

SMR RESPIRATOIRE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	4	5
92	3	3
93	2	3
94	0	1
Grande couronne		
77	2	2
78	1	2
91	1	2
95	2	3
Total	**15**	**21**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

SSR ADDICTIONS		
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023	
	Adultes	Enfants
	HC	HDJ
Paris - petite couronne		
75	1	4
92	2	2
93	2	2
94	3	2
Grande couronne		
77	2	1
78	2	2
91	1	1
95	3	4
Total	16	18

SMR ADDICTIONS		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	4	4
92	3	3
93	3	3
94	2	4
Grande couronne		
77	2	2
78	3	3
91	1	1
95	4	4
Total	22	24

SSR DIGESTIF				
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	1	3	1	1
92	4	2	0	0
93	2	2	0	0
94	1	0	0	0
Grande couronne				
77	2	2	1	0
78	0	0	2	0
91	1	2	1	1
95	3	3	1	1
Total	14	14	6	3

SMR DIGESTIF		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	3	3
92	4	5
93	2	3
94	1	2
Grande couronne		
77	2	2
78	0	1
91	2	2
95	3	3
Total	17	21

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

SSR NERVEUX				
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	9	12	1	1
92	7	6	2	2
93	9	10	1	1
94	4	3	1	2
Grande couronne				
77	9	9	3	2
78	10	9	1	1
91	6	6	1	1
95	9	8	2	1
Total	63	63	12	11

SMR NERVEUX		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	12	13
92	7	7
93	10	10
94	4	6
Grande couronne		
77	9	9
78	10	13
91	6	9
95	9	11
Total	67	78

SSR CARDIO-VASCULAIRE				
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	2	5	0	0
92	3	3	0	0
93	2	3	0	0
94	1	1	0	0
Grande couronne				
77	1	2	0	0
78	3	3	1	0
91	3	4	0	0
95	2	3	0	0
Total	17	24	1	0

SMR CARDIO-VASCULAIRE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	5	7
92	3	5
93	3	3
94	1	2
Grande couronne		
77	2	2
78	3	4
91	4	4
95	2	5
Total	23	32

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

L'oncologie étant une nouvelle mention de l'activité SMR, elle n'existait pas précédemment dans le champ des autorisations.

SMR ONCOLOGIE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	5	5
92	7	7
93	3	4
94	5	6
Grande couronne		
77	4	7
78	3	4
91	7	9
95	4	5
Total	**38**	**47**

La mention jeunes enfants, enfants ado n'existait pas précédemment dans le champ des autorisations.

SMR JEUNES ENFANTS, ENFANTS, ADOS		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	1	2
92	3	3
93	1	1
94	0	0
Grande couronne		
77	1	1
78	3	3
91	0	0
95	2	2
Total	**11**	**12**

la mention SMR enfants, ado n'existait pas précédemment dans le champ des autorisations.

SMR ENFANTS, ADOS		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	2	3
92	3	3
93	1	1
94	3	4
Grande couronne		
77	3	3
78	3	3
91	1	1
95	3	3
Total	**19**	**21**

Mentions de ressort de proximité

Tableaux 5 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SSR INDIFFÉRENCIÉS				
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023			
	Adultes		Enfants	
	HC	HDJ	HC	HDJ
Paris - petite couronne				
75	28	38	2	2
92	29	24	3	3
93	24	23	1	1
94	21	16	2	3
Grande couronne				
77	19	17	3	3
78	24	17	3	2
91	24	20	1	1
95	24	20	3	2
Total	**193**	**175**	**18**	**17**

Tableaux 6 : Implantations cibles (OQOS)

SMR POLYVALENT		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	24	27
92	20	21
93	14	18
94	19	20
Grande couronne		
77 nord	12	12
77 sud	8	9
78 nord	14	15
78 sud	8	9
91 nord	14	15
91 sud	12	13
95 est	2	3
95 ouest	6	6
95 sud	5	6
Total	**158**	**174**

SSR PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE, DÉPENDANTE OU À RISQUE DE DÉPENDANCE		
Zones de répartition des activités = départements	Existant au 01/10/2023	
	Adultes HC	Enfants HC
Paris - petite couronne		
75	17	14
92	16	13
93	15	10
94	11	11
Grande couronne		
77	12	6
78	13	10
91	18	12
95	14	11
Total	116	87

SMR GÉRIATRIQUE		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	22	26
92	18	19
93	15	17
94	13	14
Grande couronne		
77 nord	5	5
77 sud	7	7
78 nord	9	10
78 sud	6	8
91 nord	11	13
91 sud	10	11
95 est	1	1
95 ouest	7	7
95 sud	6	7
Total	130	145

Activité de médecine nucléaire

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'Île-de-France compte, fin 2022, 84 gamma-caméras autorisées, soit 6,8 par million d'habitants (7 en France), et 47 tomographes par émission de positons (TEP) autorisés, soit 4,11 par million d'habitants (3,4 en France).

Tous les départements disposent d'un accès à ces équipements, mais de manière inégale en termes de taux d'équipement, même si le PRS2 a permis un développement de l'offre sur l'ensemble du territoire. L'ensemble des OQOS d'implantations figurant au schéma régional de santé a été atteint, mais au mois d'octobre 2023, quelques équipements autorisés sont encore en attente de mise en service (2 caméras et 5 TEP).

L'offre régionale propose l'ensemble des actes diagnostiques, et un panel d'actes thérapeutiques jusqu'à présent identifiés au travers d'autorisations d'activité de traitement du cancer pour la modalité « irradiations en sources non scellées ». Au mois d'octobre 2023, l'Île-de-France compte 44 sites d'implantation de médecine nucléaire dont 15 disposent de cette autorisation relative au traitement du cancer.

Les dernières études et enquêtes réalisées par la Société française de médecine nucléaire (SFMN) montrent une évolution du nombre d'examens de TEP d'environ 10 % par an (plus de 124 000 examens en 2021), pour une stabilisation, voire une légère baisse, des examens de scintigraphie (plus de 157 000 examens en 2021). De nouveaux médicaments radio-pharmaceutiques font leur apparition dans les pratiques et vont venir compléter les possibilités d'examen, notamment en TEP.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité de médecine nucléaire est définie par l'article R. 6123-134 du Code de la santé publique. Elle consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radio-pharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission mono-photonique ou

à tomographie par émission de positons (TEP), intégrant le cas échéant d'autres systèmes d'imagerie.

La réforme des activités de soins apporte des modifications importantes au régime d'autorisation. Les textes de référence sont :

- le décret n° 2021-1930 fixant les conditions d'implantation des activités de médecine nucléaire ;
- le décret n° 2022-114 du 1er février 2022 fixant les conditions techniques de fonctionnement des activités de médecine nucléaire ;
- l'arrêté du 1er février 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du Code de la santé publique de l'activité de médecine nucléaire.

La médecine nucléaire est régulée en tant qu'activité de soins et non via les équipements médicaux lourds

Alors qu'elle était auparavant abordée via deux équipements matériels lourds (gamma-caméra et TEP), **la médecine nucléaire est dorénavant considérée comme une activité de soins**.

L'autorisation est accordée par site géographique

Une fois obtenue l'autorisation d'exercer l'activité de soins de médecine nucléaire sur le fondement des nouveaux décrets :

- Dès lors que le nombre d'équipements installés sur le site géographique ne dépasse pas trois, le titulaire de l'autorisation n'aura pas à solliciter de nouvelle autorisation, mais informera l'Agence régionale de santé des caractéristiques de l'équipement avant toute mise en service de ce dernier.
- Dans certaines conditions, certains sites pourront dépasser trois équipements installés : si le volume des actes, la spécialisation de l'activité ou la situation territoriale le justifient, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut autoriser le titulaire à disposer jusqu'à neuf équipements sur le site.
- Concernant les sites autorisés par les précédents PRS, où plusieurs entités juridiques sont organisées sur un même site, l'ARS Île-de-France prévoit de délivrer une autorisation par entité. Le seuil de trois équipements s'appliquera cependant au site **(et non par titulaire)**, et donc à l'ensemble de ces entités. Pour toute demande d'installation supplémentaire (sous le seuil des trois et au-delà) il sera demandé de fournir un document attestant d'une organisation et demande communes ou de l'accord de l'ensemble des opérateurs du site. Cette décision permettra une poursuite d'activité des autorisations, et une réorganisation progressive des groupes exerçant sur un même site.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

La création d'une gradation des soins

Les nouveaux décrets dissocient l'activité en deux mentions : A et B, en fonction des activités diagnostiques, thérapeutiques, en cancérologie ou non et selon les conditions de préparation des médicaments radio-pharmaceutiques. Les missions et responsabilités des radio-pharmaciens et radio-physiciens sont précisées par mention afin de garantir la sécurité liée aux médicaments et aux rayonnements.

L'autorisation de médecine nucléaire comporte l'une des mentions suivantes :

- mention « A », lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radio-pharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;
- mention « B », lorsque l'activité comprend, outre les actes de mention A, les actes suivants :
  - B1 : les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radio-pharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert,
  - B2 : les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides,
  - B3 : les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif,
  - B4 : les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radio-pharmaceutique.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Activité de médecine nucléaire	Médecine nucléaire Mention A	Médecine nucléaire Mention B	

N. B. : Les titulaires d'une autorisation de mention B sont habilités à réaliser les actes de mention A.

Évaluation des besoins à 5 ans

Au cours des cinq prochaines années, la médecine nucléaire va évoluer, tout comme les besoins de la population francilienne. Selon l'Insee, cette dernière va augmenter dans les années à venir, passant de 12,4 millions en 2022 à 12,7 millions d'habitants en 2032. La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans va augmenter de 3 points, passant de 15 % en 2020 à 18 % en 2030. La population jeune va rester assez stable aux alentours de 25 %. Compte tenu du vieillissement de la population et des conséquences de certains facteurs de risque de pathologies, il est attendu un impact sur le suivi des pathologies liées à l'âge et le suivi des patients atteints d'un cancer, et donc une augmentation du recours à l'imagerie nucléaire.

Les indications oncologiques concernent une grande majorité des indications des procédures diagnostiques en TEP et une minorité d'examens réalisés sur caméras. À un horizon de cinq ans, la croissance organique des examens de TEP à visée oncologique devrait se poursuivre. Par ailleurs, les indications dans le suivi thérapeutique des patients vont croître. Une progression de la prescription des examens « hors FDG[25] » est attendue avec une montée en puissance des procédures dédiées au cancer de la prostate (choline, et surtout PSMA fluoré depuis décembre 2022).

Il est à noter également une croissance constante des indications dans plusieurs disciplines :

- en médecine interne : en 2010, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été étendue et permet de traiter, entre autres, les fièvres et syndromes inflammatoires inexpliquées, vascularites, pathologies inflammatoires rhumatologiques. Ces nouvelles indications représentent aujourd'hui 15 % de l'activité de TEP-FDG ;
- en neurologie nucléaire.

25 Le fluorodésoxyglucose ou FDG, est une molécule de glucose à laquelle est attaché un atome de fluor radioactif (18F). Ce produit est utilisé comme marqueur en médecine nucléaire.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Ces indications, ainsi que le suivi des enquêtes de la SFMN, permettent d'évaluer un potentiel d'évolution d'activité TEP d'environ 10 %.

L'usage de ces nombreux médicaments reste encore incertain, puisqu'ils sont toujours dans le champ de la recherche clinique et n'ont pas encore de modèle économique défini. Il est donc difficile d'évaluer leur usage pour les prochaines années.

Enfin, les indications en imagerie cardiaque sont en évolution et tendent vers un développement du coroscanner et de l'IRM cardiaque. Ces évolutions de prescriptions sont à prendre en compte dans le suivi de l'activité de scintigraphie cardiaque des sites de médecine nucléaire.

Au plan thérapeutique, l'activité s'organise de manière différente : les équipes sont pluridisciplinaires (médecins nucléaires, radiologues interventionnels, chirurgiens, etc.), et les procédés techniques de préparation et de réalisation des examens nécessitent une infrastructure plus complexe. Une progression de la prescription des examens est attendue, de nouveaux traitements et de nouvelles indications également. Cette partie de l'activité de médecine nucléaire représente cependant un volume faible, sa progression pourra s'intégrer aux organisations actuellement en place.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Le PRS2 a permis le développement et la création d'implantations supplémentaires en médecine nucléaire afin d'améliorer l'accessibilité à ces plateaux en Île-de-France. Les objectifs étaient de :

- constituer ou consolider des équipes territoriales ;
- corriger les déséquilibres de l'offre de soins ;
- soutenir des projets médicaux de qualité ;
- garantir la qualité, la sécurité, l'efficience et la pertinence des soins proposés.

La plupart de ces objectifs seront poursuivis au cours du PRS3, en complément des objectifs détaillés ci-après, afin de s'adapter aux besoins en médecine nucléaire et aux évolutions attendues.

- **Garantir des ressources humaines en nombre suffisant sur chaque site,** afin d'en optimiser le fonctionnement et l'accessibilité en soins programmés et en soins non-programmés et en urgence.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

- **Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des examens** : effectifs en nombre suffisant, outils informatiques pour le suivi des patients et l'archivage des images, validation de la prescription, délais et conditions de rendu des résultats, facilité de prise en charge des patients dans leur parcours de soins.
- **Corriger les déséquilibres de l'offre dans les zones encore peu dotées** ayant un besoin en médecine nucléaire.
- **Constituer et/ou consolider des équipes territoriales** afin de garantir une offre complète en activité de médecine nucléaire, en veillant à répondre aux différents types de besoins externes et intra-hospitaliers des établissements de santé.
- **Favoriser l'évolution des équipements et des plateaux techniques** (outils numériques, partage d'images, téléexpertise, recours à l'intelligence artificielle).

Concernant les activités thérapeutiques, les objectifs qualitatifs doivent également prendre en compte **l'expertise des équipes et la pluridisciplinarité nécessaire**, notamment dans la prise en charge du cancer.

Plusieurs facteurs sont à considérer dans la mise en œuvre des objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre :

- les tensions sur les métiers de manipulateurs en électroradiologie médicale, médecins nucléaires, radio-pharmaciens et radio-physiciens sont à prendre en compte dans la déclinaison territoriale de l'offre : il est attendu un renforcement des équipes existantes afin de les consolider et sécuriser le fonctionnement des plateaux techniques et non pas disperser et déséquilibrer l'offre. En raison de ces tensions, les nouvelles implantations délivrées devront proposer une composition solide des équipes médicales et paramédicales, permettant un accès aux examens sur des plages horaires en adéquation avec les besoins, et dans le cadre d'un projet médical de qualité ;
- les établissements de santé disposant d'infrastructures adaptées, de services de médecine nécessitant une activité de médecine nucléaire sur place, notamment pour la gestion des patients hospitalisés, sont considérés comme prioritaires pour l'obtention d'autorisation d'activité de médecine nucléaire afin de renforcer des filières complètes de prise en charge.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

LES DONNÉES SUIVIES POUR ÉVALUER LA MISE EN ŒUVRE DU PRS3 SONT :

- Le taux d'équipement par territoire de proximité
- Les délais moyens de mise en œuvre des équipements suite à l'obtention d'une autorisation par territoire

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Les zones prioritaires pour de nouvelles implantations, en raison d'une offre insuffisante par rapport aux besoins de la population, sont localisées principalement en grande couronne.

L'ensemble de ces éléments et analyses prévoit donc une augmentation des demandes d'examens diagnostiques et thérapeutiques dans les prochaines années. Cependant, la mise en œuvre des décrets et la prise en compte de la problématique liée aux ressources humaines à court terme ne permettent pas de quantifier précisément l'offre à venir et les besoins à couvrir, c'est pourquoi il est envisagé de réévaluer les OQOS en cours de PRS.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Mention de ressort de proximité

Tableau 1 : Nombre d'autorisations théoriques à octobre 2023 au format « nouveau régime par mention »

MÉDECINE NUCLÉAIRE DE MENTION A (HORS MENTION B)	
Zones de répartition des activités = proximité	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	2
92	5
93	6
94	1
Grande couronne	
77 nord	2
77 sud	1
78 nord	3
78 sud	2
91 nord	1
91 sud	1
95 est	2
95 ouest	1
95 sud	1
Total	**28**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

MÉDECINE NUCLÉAIRE DE MENTION A EXCLUSIVE (HORS MENTION B)		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	2	2
92	4	5
93	5	6
94	1	1
Grande couronne		
77 nord	1	2
77 sud	1	1
78 nord	2	3
78 sud	1	1
91 nord	1	1
91 sud	1	1
95 est	2	2
95 ouest	0	0
95 sud	1	1
Total	**22**	**26**

Mention de ressort territorial

Tableau 3 : Nombre d'autorisations théoriques à octobre 2023 au format « nouveau régime par mention »

MÉDECINE NUCLÉAIRE DE MENTION B (par définition, les établissements exerçant l'activité mention B sont habilités à réaliser les actes prévus à la mention A)	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	8
92	3
93	1
94	3
Grande couronne	
77	0
78	0
91	1
95	0
Total	**16**

Tableau 4 : Implantations cibles (OQOS)

MÉDECINE NUCLÉAIRE DE MENTION B (par définition, les établissements exerçant l'activité mention B sont habilités à réaliser les actes prévus à la mention A)		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	8	8
92	3	3
93	1	1
94	3	3
Grande couronne		
77	0	0
78	0	1
91	1	1
95	1	1
Total	**17**	**18**

N. B. : Les autorisations anciennement délivrées au titre du traitement du cancer pour la modalité « irradiations en sources non scellées » et/ou radiothérapie interne vectorisée feront l'objet d'une reconnaissance contractuelle pour ces activités, dans le cadre de la délivrance des nouvelles autorisations.

Activité de soins de longue durée

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Bien que les unités de soins de longue durée (USLD) soient en principe ouvertes à des patients de moins de 60 ans, cette population ne représente en réalité qu'à peine 3 %[26] des patients qui y sont accueillis. La majeure partie des personnes prises en charge est d'un âge moyen comparable à celles accueillies en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), soit plus de 85 ans.

Entre juin 2018 et décembre 2022, il est constaté que le nombre d'USLD est stable (53 *vs* 52). Cependant, la répartition des structures entre départements a évolué à la faveur de plusieurs opérations de recomposition de l'offre.

52 USLD autorisées sont dénombrées à l'issue des opérations suivantes :

- 2 nouvelles USLD ont été autorisées et mises en œuvre (77) ;
- 2 nouvelles USLD ont été autorisées et non mises en œuvre à ce jour (77, 91) ;
- 4 autorisations ont été déclarées caduques pour cessation d'activité (2 à Paris et 2 en Yvelines) ;
- 1 autorisation a été déclarée caduque pour regroupement d'activités (91).

En octobre 2023, les autorisations USLD des départements de Paris et des Yvelines sont inférieures à la borne basse des implantations cibles du PRS2, en raison de la caducité de deux USLD dans chacun de ces deux départements durant la période 2018-2022.

26 DGOS, présentation des coupes « PATHOS » 2011.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

	USLD autorisées en juin 2018	Cible PRS2 borne basse	Cible PRS2 borne haute	USLD autorisées en octobre 2023
Paris - petite couronne				
75	10	**10**	**11**	8
92	7	**7**	**7**	7
93	5	**5**	**6**	5
94	6	**6**	**7**	6
Grande couronne				
77	4	4	7	7
78	9	8	10	7
91	6	6	7	6
95	6	6	6	6
Total	**53**	**52**	**61**	**52**

En termes de capacitaire, on constate une baisse des capacités installées de 21,29 % sur l'ensemble de la région. Cette baisse concerne tous les départements à l'exception de la Seine-et-Marne.

Les principales raisons justifiant cette baisse sont les suivantes :

- un grand nombre d'opérations de modernisation et de restructuration d'USLD, notamment afin d'améliorer les conditions d'hébergement (dédoublement des chambres doubles, installation de salles de bain individuelles, augmentation des surfaces de circulation…), qui ont conduit à diminuer le nombre de places ;
- des opérations de transformation de lits d'USLD en places d'Ehpad ;
- des taux d'occupation parfois assez faibles, qui ont conduit à un ajustement de la capacité par les gestionnaires ;
- des difficultés pour les gestionnaires à dégager des marges financières pour rénover le bâti et présenter une attractivité forte permettant d'augmenter le taux d'occupation et l'efficience ;
- des profils de résidents d'USLD similaires aux résidents d'Ehpad ;
- de situations budgétaires très déficitaires et péjoratives pour le gestionnaire hospitalier, notamment en raison de tarifs hébergement ne permettant pas d'atteindre le point d'équilibre financier ;
- en outre, de façon accrue depuis plusieurs mois, le manque d'attractivité des USLD se caractérise également par des difficultés de recrutement très conséquentes, entraînant des fermetures de lits temporaires, voire définitives.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

	Capacité autorisée 2018	Capacité installée 2022	Écarts	% d'évolution	Nombre d'habitants de 75 ans et plus en 2022	Taux d'équipement par hab. de plus de 75 ans en 202227
Paris - petite couronne						
75	1 085	693	- 391	- 36 %	179 297	3,86
92	579	463	- 116	- 20 %	122 948	3,76
93	469	380	- 89	- 19 %	86 494	4,39
94	895	647	- 248	- 27,7 %	102 255	6,32
Grande couronne						
77	262	267	- 5	- 1,9 %	98 333	2,7
78	474	360	- 114	- 24 %	120 554	2,98
91	405	364	- 41	- 11,2 %	96 579	3,76
95	474	460	- 14	- 3 %	77 462	5,93
Total	**4 739**	**3 730**	**- 1 009**	**- 21,29 %**	**883 922**	**4,22**

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les USLD ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée. Les USLD relèvent de la sphère sanitaire.

Cette définition a été reprise dans la circulaire n° DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 et dans la circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont définies comme des « unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie »[28].

27 Taux d'équipement en lits : nombre de lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

28 Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

Les missions des USLD[29] sont les suivantes :

- assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels ;
- prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;
- élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie ;
- assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Les USLD participent au fonctionnement des filières de soins gériatriques.

Les situations cliniques des personnes accueillies et prises en charge au sein des USLD requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les USLD prennent ainsi en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement au domicile. Leur prise en charge requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins de longue durée		Soins de longue durée	

Évolution des besoins à 5 ans

Dans les cinq années à venir, les USLD évolueront au regard :

De l'évolution démographique et économique

La région Île-de-France va être confrontée, dans les années à venir, à un vieillissement de sa population.

En 2030, on estime que 2,3 millions de Franciliens seront âgés de plus de 65 ans, ce qui représentera 18 % de la population totale. Les gains d'espérance

29 Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

de vie marqués aux âges très élevés et l'avancée en âge des générations du baby-boom vont se répercuter sur l'évolution du nombre de personnes âgées de 75-84 ans entre 2020 et 2030, puis des 85 ans et plus entre 2030 et 2040. Le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va presque doubler d'ici 2040. Cette hausse sera particulièrement marquée en grande couronne.

Face à ce constat, il importe de répondre aux besoins en santé et perte d'autonomie grandissants des personnes âgées dans un contexte de précarisation de leur situation économique, en prenant en compte les facteurs suivants :

- l'augmentation de la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. En 2040, l'Île-de-France compterait ainsi entre 179 000 et 281 000 bénéficiaires de l'APA[30], selon les scénarios extrêmes, et plus vraisemblablement autour de 217 000 dans le scénario central[31]. Par conséquent, les personnes âgées sévèrement dépendantes seront à l'avenir de plus en plus nombreuses ;
- la feuille de route Ehpad-USLD-DGCS-DGOS de mars 2022, ayant pour objectif d'engager des actions à partir des analyses et des recommandations du rapport de mission sur les profils de soins en USLD et Ehpad remis le 5 juillet 2021 par les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin ;
- les tensions en matière de ressources humaines au sein des établissements de santé franciliens.

Des évolutions attendues du cadre réglementaire

Le champ des USLD fait actuellement l'objet d'une réflexion au plan national.

Les orientations proposées reposent sur les constats suivants :

- les USLD ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale complexe, lourde et prolongée de tout âge ;
- une grande partie des profils de soins des patients rejoignent ceux des résidents en Ehpad.

La feuille de route précitée indique par conséquent que ce double constat conduit à engager l'évolution de l'offre sanitaire, selon deux orientations principales :

30 APA : allocation personnalisée d'autonomie.

31 Observatoire régional de santé d'Île-de-France, La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027.

- créer des unités sanitaires prolongées complexes (USPC) pour les patients de tout âge présentant des pathologies instables à risque de décompensation, relevant d'une charge en soins importante, tout en organisant un accompagnement dans le temps dans un lieu de vie ;
- définir une recomposition d'une partie des USLD vers le secteur médico-social des Ehpad, en prenant en compte certains besoins complémentaires liés à certaines spécificités de ce public à qualifier et à quantifier (besoins de soins spécifiques, situation de précarité).

Cependant, il convient parallèlement d'expertiser le besoin de conserver une offre d'USLD se différenciant d'une prise en charge en USPC ou en Ehpad.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- **Garantir l'accessibilité de l'offre, tant financière que géographique**, en vue de réduire les inégalités d'accès à cette ressource.
- **Réaliser une enquête sur le profil des personnes accueillies en USLD**.
- **Poursuivre les opérations de modernisation** : des rénovations lourdes s'inscrivent dans un calendrier qui court jusqu'en 2029, voire au-delà. Il est nécessaire de maintenir le suivi de ces opérations. La mise en conformité de l'ensemble des lits doit être atteinte. Une humanisation des chambres (chambre individuelle, salle de douche individuelle) est particulièrement attendue.
- **Poursuivre la réflexion sur la place des USLD dans le parcours de soins des usagers, en différenciation du service rendu par les Ehpad, et mener les actions adéquates** en vue de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale complexe, lourde et prolongée des personnes âgées.

Ces objectifs qualitatifs sont communs à l'ensemble des départements de la région.

LES INDICATEURS CI-APRÈS SERONT SUIVIS AU COURS DU PRS3 :

- Nombre de places installées sur le nombre de places autorisées
- Taux de chambres individuelles avec salle de douche individuelle
- Nombre de lits en conformité avec une prise en charge médicale complexe et prolongée

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Compte tenu des évolutions capacitaires de 2018 à 2022 et des taux d'équipement constatés au sein des départements de la région Île-de-France, il est préconisé de maintenir pour certains d'entre eux des possibilités de nouvelles implantations.

La borne haute des implantations est ainsi fixée à 58, soit 6 implantations disponibles au regard du nombre actuel d'implantations autorisées (52) et qui se répartissent comme suit :

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	8
92	7
93	5
94	6
Grande couronne	
77	7
78	7
91	6
95	6
Total	52

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	8	9
92	7	7
93	5	5
94	6	7
Grande couronne		
77	7	9
78	7	8
91	6	7
95	6	6
Total	52	58

Activité de greffe d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques (à l'exception des greffes exceptionnelles)

Le prélèvement et la greffe sont des activités de santé publique qui constituent, en vertu de l'article L. 2131-1 A du Code de la santé publique, « une priorité nationale ». L'Agence régionale de santé d'Île-de-France et l'Agence de la biomédecine (ABM) œuvrent donc conjointement pour le suivi et le développement de cette activité.

L'activité de greffe mentionnée au 8° de l'article R. 6122-25 associe la mise en place chirurgicale d'un organe, de plusieurs organes, d'une partie d'organe ou l'administration de cellules provenant d'un donneur vivant ou décédé, et un traitement immunosuppresseur du receveur.

Les activités de greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques (CSH), répondant à des problématiques différentes et faisant l'objet de plans ministériels propres, font l'objet d'une présentation distincte.

Organes et tissus

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'Île-de-France regroupe un nombre important d'équipes avec une forte attractivité. La région répond à des besoins de santé bien au-delà de son bassin de population. C'est particulièrement le cas pour les greffes thoraciques (40 % des greffes au niveau national), mais généralisable à l'ensemble des organes (28 % de l'activité nationale de greffe).

L'Île-de-France compte aujourd'hui 11 sites autorisés à exercer l'activité de greffe adulte, répartis sur les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne. L'activité de greffe pédiatrique est réalisée sur 4 sites, répartis sur les mêmes départements que l'activité adulte.

L'activité de prélèvement d'organes et de tissus est organisée en Île-de-France grâce à 26 équipes de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et/ou de tissus, dont 9 centres autorisés au prélèvement de type Maastricht III. Plus de 140 professionnels, pour environ 70 équivalents temps plein (dont 38 % des ETP exercent dans un site parisien), participent à cette activité.

Une baisse des taux franciliens de prélèvement s'observe depuis une vingtaine d'années par rapport à la moyenne nationale. La région Île-de-France est désormais l'une des régions avec le plus faible taux de prélèvement (sur donneur décédé). Le taux d'opposition brut, particulièrement élevé en Île-de-France, explique en partie ce taux de prélèvement bas. En effet, le taux d'opposition au don d'organes en Île-de-France s'est progressivement écarté des valeurs nationales pour atteindre une valeur de 42,1 % en 2019 (*versus* 30,2 % en moyenne en France). En 2022, ce taux était de 42,9 % *versus* 33 % en France entière, qui s'explique par plusieurs facteurs, notamment sociétaux.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'autorisation de pratiquer l'activité de greffe d'organes ne peut être délivrée qu'à un établissement de santé remplissant les conditions prévues aux articles L. 1234-2 et L. 6122-2. Un tel établissement doit disposer :

- de moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel et d'une salle d'opération disponible à tout moment pour la greffe ;
- d'une activité de réanimation autorisée ;
- d'une activité de chirurgie autorisée et, pour les greffes de cœur et de cœur-poumons, d'une activité de chirurgie cardiaque autorisée ;
- d'une activité de médecine adaptée à la prise en charge des patients relevant de l'activité de greffe d'organes concernée.

L'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 précise :

- l'organe ou les organes pour lesquels elle est accordée ;
- si l'activité concerne les enfants, les adultes et les enfants ou uniquement les adultes ;
- le site sur lequel l'activité est exercée.

Les greffes simultanées de plusieurs organes sont réalisées sur un même site autorisé, avec l'association éventuellement d'autres équipes médicales d'établissements de santé autorisés pour les organes concernés.

Le plan ministériel 2022-2026 en cours pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus définit un cadre général concernant les objectifs à identifier en Île-de-France. Ce plan comporte, au-delà des neuf axes de travail, des objectifs chiffrés avec, pour certains, des « couloirs de croissance ». Ces objectifs chiffrés seront déclinés pour la région Île-de-France.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Évaluation des besoins à 5 ans

L'évaluation des besoins en termes de prélèvements et de greffes se fonde sur plusieurs éléments :

- le résultat des enquêtes d'activité menées par l'Agence de la biomédecine ;
- l'analyse des données d'activité et de l'organisation des équipes autorisées ;
- les données de résultat post-greffes et de biovigilance (qualité des résultats des greffes) ;
- l'évaluation du nombre de demandes de greffe par organe et les capacités de prise en charge des équipes au niveau régional.

Les besoins à venir concernent principalement le renforcement des équipes de greffe actuelles en termes de ressources humaines, l'accompagnement à la formation et l'organisation des équipes de greffe par territoire de santé (groupes/GHT, etc.).

Les équipes de prélèvements sont principalement situées dans le centre de la région, il y a donc des besoins à couvrir sur l'ensemble du territoire, en développant au moins une équipe opérationnelle de CRN[32] mobile en Île-de-France et en autorisant au moins cinq nouveaux établissements au prélèvement de tissus hors Paris intramuros entre 2022 et 2026.

Les besoins, d'un point de vue organisation et logistique, démontrent la nécessité de disposer d'une astreinte régionale d'anatomopathologie régionale pour le prélèvement et la greffe. Sa mise en œuvre fera l'objet de travaux conjoints avec l'Agence de la biomédecine au cours du PRS3.

Il existe un besoin important en termes de sensibilisation et de formation des équipes, en complément des filières de réanimation et de soins critiques, afin d'améliorer le recensement et le taux de prélèvement : les filières de neurologie, de médecine et d'urgences adultes et pédiatriques ont un potentiel de recensement de patients, sous réserve d'un développement d'une culture et d'une connaissance du don par les équipes.

Enfin, tant pour la prise en charge du prélèvement que de la greffe, l'accès au bloc opératoire est indispensable et doit être considéré comme une urgence. Il est demandé aux équipes de préciser dans les chartes cette spécificité de l'activité afin d'en garantir l'accès.

32 Circulation extracorporelle régionale normothermique : moyen de prélever et conserver les reins et le foie.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Cellules souches hématopoïétiques

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'offre de soins est organisée via 7 sites inscrits dans l'accréditation JACIE[33] et positionnés dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne (4 sites avec activité chez l'adulte, 1 site disposant des autorisations adulte et pédiatrie, 1 site avec des autorisations adulte et adolescents-jeunes adultes, 1 site pédiatrique). Pour les prélèvements de greffon de cellules souches hématopoïétiques (CSH), 19 sites sont autorisés pour un total de 43 autorisations.

Si le nombre de sites de greffe est suffisant, des tensions existent notamment dans le cadre des traitements des hémoglobinopathies. Les causes sont plurielles : en pédiatrie, c'est la conséquence de fermeture partielle de lits de soins intensifs d'hématologie (SIH) ; chez l'adulte et l'adolescent, outre les difficultés de personnel paramédical, c'est l'accès à l'irradiation corporelle totale (ICT) le facteur le plus limitant en raison des plages de traitements fermées par manque de manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM).

En outre, il existe des difficultés d'accès au prélèvement de greffon, d'une part, de CSH périphérique, en cytaphérèse (voie veineuse) pour les donneurs non apparentés et, d'autre part, de la moelle osseuse, au bloc opératoire, pour les donneurs apparentés ou non apparentés. Ces difficultés sont liées au manque de ressources au bloc ou en cytaphérèse, limitant les plages de prélèvement, ainsi qu'à la disponibilité du préleveur.

Concernant les greffons de sang placentaire, les tensions de recrutement des sages-femmes sur les maternités engagées dans ce type de dons ne permettent pas d'atteindre le nombre de prélèvements attendus.

On observe également une difficulté de sanctuarisation du personnel nécessaire au suivi d'activité permettant l'évaluation du plan par l'ABM et ce, malgré les financements fléchés.

33 JACIE : Joint accréditation committee ISTC EBMT.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques couvre l'activité allogénique (c'est-à-dire avec donneur) – les greffes autologues, quant à elles, ne sont pas soumises à ce dispositif mais sont identifiées au travers d'une reconnaissance contractuelle.

495 greffes ont été réalisées en Île-de-France en 2022 (donneurs apparentés et non apparentés).

Les sept orientations du plan greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) 2022-2026 sont :

- garantir le maintien et l'accès à toutes les sources possibles de greffons de CSH ;
- améliorer les conditions de prélèvement et le suivi des donneurs de CSH ;
- maintenir la qualité et l'exhaustivité des données des registres ;
- renforcer la biovigilance en matière de prélèvement et d'allogreffe de CSH ;
- maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de CSH ;
- maintenir, et adapter aux évolutions, le financement des activités CSH ;
- poursuivre et adapter la communication sur le don non apparenté de CSH.

Évaluation des besoins à 5 ans

Les besoins en termes d'indication d'allogreffe de CSH sont stables, mais cette activité au plan organisationnel est réalisée sur les mêmes capacités de soins intensifs d'hématologie (SIH) dans lesquels sont accueillis les patients avec traitement de CAR-T cells. Les capacités actuelles de SIH en Île-de-France au sein des 14 établissements de santé représentent plus de 300 lits.

Ces nouveaux besoins pourront être couverts avec l'ouverture des lits fermés en rapport avec les difficultés RH, et avec les derniers centres identifiés pour administrer des CAR-T cells.

Le parcours greffe nécessite une coordination importante à tous les temps de prise en charge. De plus, les situations complexes requièrent un accès aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) onco-hématologiques dont le nombre de places est actuellement insuffisant, avec des besoins croissants liés aux traitements par CAR-T cells.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Les besoins en irradiation corporelle totale (ICT) sont stables et inférieurs à 150 par an. Le PRS3 est l'occasion de réaffirmer les engagements afin de répondre à ce besoin spécifique et rare.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques			Greffes adultes Greffes pédiatriques

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Activités organes et tissus

Le plan ministériel propose des objectifs qualitatifs et quantitatifs à atteindre qui sont intégrés au niveau du PRS.

Les **objectifs chiffrés** à atteindre en Île-de-France à l'horizon 2026

- Atteindre un nombre de prélèvements d'organes sur donneurs décédés en mort encéphalique dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre 222 et 281 prélèvements annuels.
- Atteindre un nombre de prélèvements d'organes sur donneurs décédés en arrêt circulatoire de type Maastricht III dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre 40 et 71 prélèvements annuels.
- Atteindre un nombre de greffes rénales issues de donneurs vivants dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre 124 et 211 greffes rénales d'ici 2026.
- Atteindre un nombre total de greffes réalisées dans une fourchette représentée par un couloir de croissance régional situé entre 1 459 et 2 359 greffes d'ici 2026.
- Atteindre 15 % des greffes réalisées provenant de greffons prélevés sur donneurs Maastricht III.

- Atteindre 20 % de greffes rénales issues de greffons prélevés sur donneur vivant (global et/ou pour chaque équipe adulte) : un travail à l'échelon de chaque GHT et des regroupements des hôpitaux de l'AP-HP est nécessaire, avec l'intégration d'un plan local prélèvement et greffe dans les projets médicaux de chaque GHU de l'AP-HP ou GHT.
- Atteindre une ischémie froide moyenne (pour la greffe de rein) de moins de 10 heures pour chaque équipe de greffe rénale.
- Augmenter le nombre de prélèvements de cornées afin de garantir l'autosuffisance du tissu dans la région.
- Autoriser au moins cinq nouveaux établissements au prélèvement de tissus (et organes selon les conditions locales et le potentiel) hors Paris intramuros d'ici 2026.
- Disposer au moins d'une équipe de CRN mobile régionale[34].
- Organiser une astreinte régionale d'anatomopathologie.

Les **objectifs qualitatifs** prévus par le plan ministériel et dans sa déclinaison régionale portent en partie sur l'activité de prélèvement qui a un impact fort sur l'activité de greffe

- Adapter les réseaux de prélèvement à l'évolution de l'offre hospitalière.
- Formaliser des filières de prise en charge des patients cérébrolésés hors ressource thérapeutique.
- Développer les prélèvements sur donneurs décédés en arrêt cardiaque de type Maastricht III dans les centres franciliens autorisés aux prélèvements de donneurs en état de mort encéphalique.
- Infléchir le taux d'opposition régional au don d'organes et de tissus.
- Augmenter l'activité de prélèvement rénal issu de donneur vivant.
- Travailler à l'échelon de chaque GHT et des regroupements de l'AP-HP pour l'élaboration d'un plan local de prélèvement et de greffe intégré au projet médical de chaque GHU de l'AP-HP ou GHT (développer une approche fédérative et un accompagnement de pré-inscription et post-greffe à l'échelle des GHU de l'AP-HP et de la région).

34 Circulation régionale normothermique.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

En complément des objectifs figurant au plan ministériel, un **objectif régional** d'optimisation du parcours en transversalité entre les activités est proposé, il s'agit de :

- la réduction du délai de réalisation du bilan pré-greffe. L'indicateur de suivi sera le délai moyen en mois, il sera mis en place avec les équipes de greffe et les acteurs de cette activité. L'objectif est de formaliser ce bilan (notamment pour la greffe de rein) et de répertorier les sites et professionnels y participant afin de cartographier et donner plus de lisibilité aux patients sur l'offre en Île-de-France. L'objectif à atteindre est un délai inférieur à deux mois d'ici la fin du PRS3, avec un suivi annuel.

Cellules souches hématopoïétiques

Les objectifs et recommandations pour répondre aux attentes du plan greffe CSH dans sa déclinaison régionale portent sur quatre des sept axes du plan.

- Renforcer la diversification des greffons de cellules souches hématopoïétiques (CSH) au sein du réseau de maternités identifiées par une augmentation du nombre et de la qualité des unités de sang placentaire prélevées, en travaillant aux évolutions organisationnelles nécessaires dans un contexte de ressources humaines en tension.
- Améliorer l'accès aux prélèvements de CSH (accès au bloc opératoire, disponibilité des équipes de prélèvement, prélèvement des donneurs non apparentés pour le compte d'une autre région ou autre pays) en proposant une organisation mutualisée. Pour ce faire, évaluer l'opportunité et la faisabilité d'une mutualisation autour d'un ou deux centres pour les prélèvements de moelle osseuse (apparentés et non apparentés) en Île-de-France, ainsi que pour les prélèvements de CSH de donneurs non apparentés ; et, si positive, la mettre en œuvre.
- Faciliter l'accès à la greffe de CSH en pédiatrie en poursuivant la réouverture des lits fermés.
- Réaffirmer les engagements sur la couverture des besoins d'ICT (cf. activité de traitement du cancer – radiothérapie).
- Faciliter l'évaluation du plan greffe par le recueil systématique des données de greffe par du personnel type technicien d'étude clinique (TEC) pérenne et financé dans ce cadre.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

LES INDICATEURS CI-APRÈS SERONT SUIVIS AU COURS DU PRS3 :

- Taux de fermeture des lits
- Nombre d'irradiations corporelles totales réalisées hors Île-de-France
- Nombre de greffes décalées pour des motifs organisationnels
- Mise en place d'une organisation mutualisée des prélèvements de CSH

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

L'Île-de-France compte, comme vu précédemment, plusieurs équipes de prélèvement et de greffe d'organes. Les priorités pour la région sont essentiellement une amélioration du recensement des donneurs et du prélèvement d'organes.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont revus à la hausse pour la greffe rein-pancréas adulte et enfant et de pancréas adulte, afin de permettre la création de nouvelles implantations sur la région dans les cinq prochaines années. Ces possibilités permettront en partie d'accompagner l'un des objectifs du plan ministériel qui est d'augmenter le nombre de greffes. Les projets de création d'équipe de greffe seront instruits par l'ARS et analysés avec l'Agence de la biomédecine.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Zones de répartition = région	Mentions	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
			Borne basse	Borne haute
Adultes	Greffe Rein	6	6	6
	Greffe Foie	3	3	3
	Greffe Cœur	4	4	4
	Greffe Poumon	3	3	3
	Greffe Cœur-poumons	3	3	3
	Greffe Pancréas	2	2	3
	Greffe Intestin	1	1	1
	Greffe Reins-pancréas	2	2	3
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques	6	6	6
Pédiatrie	Greffe Rein	2	2	2
	Greffe Foie	2	2	2
	Greffe Cœur	2	2	2
	Greffe Poumon	2	2	2
	Greffe Cœur-poumons	2	2	2
	Greffe Pancréas	1	1	1
	Greffe Intestin	1	1	1
	Greffe Reins-pancréas	0	0	1
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques	3	2	3

Activité de traitement des grands brûlés

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'offre autorisée est stable en Île-de-France.

- Un centre de traitement des grands brûlés parisien assure la prise en charge des adultes. Ouvert en 2012, il constitue le centre référent pour la prise en charge des brûlés adultes. Il est doté d'équipements de haute technicité et assure, avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, chirurgiens, soignants, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, diététicienne et assistante sociale, les consultations, la prise en charge des urgences H24 pour les brûlés à partir de 15 ans ainsi que l'hospitalisation. L'établissement dispose de 20 lits dont certains ultra-spécialisés de réanimation permettant les interventions chirurgicales.
- Un établissement de santé pédiatrique situé à Paris est autorisé à assurer le traitement des enfants. L'établissement assure la prise en charge des enfants, quel que soit leur âge ou l'étendue des brûlures. Le service est spécialisé également en chirurgie réparatrice et plastique de l'enfant.
- Par ailleurs, un hôpital d'instruction des armées (HIA) implanté dans le département des Hauts-de-Seine assure également une prise en charge spécialisée. Ce centre de traitement des brûlés, équipé de 13 lits, traite tous les types de brûlures (thermiques électriques, mécaniques, chimiques et radiologiques) et est en capacité de prendre en charge des patients adultes et des enfants de plus de 3 ans. Cet établissement n'est pas comptabilisé dans les implantations du présent schéma.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité de traitement des grands brûlés mentionnée au 9° de l'article R. 6122-25 du Code de la santé publique consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation.

L'activité de soins de traitement des grands brûlés est une activité spécialisée qui est régie par les décrets du 20 août 2007.

Articles R. 6123-112 à R. 6123-117

L'autorisation de pratiquer l'activité de traitement des grands brûlés mentionne si le titulaire de l'autorisation prend en charge le traitement des adultes, des enfants ou à la fois des adultes et des enfants.

L'établissement autorisé à pratiquer l'activité de traitement des grands brûlés dispose, sur le même site, de moyens coordonnés permettant d'accueillir et de dispenser des soins à tout moment :

- 1° aux patients nécessitant des soins spécifiques de réanimation ;
- 2° aux patients nécessitant des soins chirurgicaux spécifiques.

Ces moyens coordonnés constituent la structure de traitement des grands brûlés.

L'établissement autorisé organise la coordination de la prise en charge des patients nécessitant l'intervention d'autres professionnels ou moyens techniques.

La structure de traitement des grands brûlés apporte en permanence son concours aux établissements autorisés à pratiquer l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée à l'article R. 6123-1, en vue d'établir le diagnostic relatif aux patients atteints de brûlures pris en charge en urgence et d'organiser, le cas échéant, leur orientation vers une structure de traitement des grands brûlés.

Le titulaire de l'autorisation de traitement des grands brûlés et les établissements autorisés à pratiquer les activités de soins de médecine d'urgence prévues à l'article R. 6123-1 concluent la convention prévue à l'article R. 6123-32-2 afin d'organiser la prise en charge directe et immédiate des grands brûlés qui le nécessitent dans la structure de traitement des grands brûlés.

À la sortie du patient de la structure de traitement des grands brûlés, le titulaire de l'autorisation organise la continuité des soins et, le cas échéant, le transfert du patient vers une autre unité d'hospitalisation.

Afin de permettre la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite des soins médicaux et de réadaptation (SMR), le titulaire de l'autorisation conclut une convention avec un ou plusieurs établissements autorisés à pratiquer une activité de soins médicaux et de réadaptation mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 disposant des moyens de prise en charge des patients brûlés adultes et des patients brûlés enfants – lorsque la structure de traitement des grands brûlés accueille des enfants.

Le titulaire de l'autorisation assure une activité de conseil et d'expertise auprès des établissements de santé prenant en charge des patients atteints de brûlures.

Il participe aux actions de prévention et recueille, à cet effet, les données sur les causes des brûlures qu'il est amené à prendre en charge.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Traitement des grands brûlés			Traitement des grands brûlés

Évaluation des besoins à 5 ans

En termes d'implantations, l'offre centrée sur la prise en charge des grands brûlés paraît à ce jour suffisante, mais il convient de la consolider et de la pérenniser.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Le PRS3 reprend les axes du plan précédent. Les objectifs propres à l'activité de soins des grands brûlés sont, pour les années à venir :

- de poursuivre l'amélioration du recueil des données (motif des brûlures) ;
- d'éviter les ruptures de parcours, surtout pour les patients précaires ;
- d'éviter les prises en charge des brûlés graves dans des centres non spécialisés, en améliorant l'organisation des recours et les premiers soins ;
- de pérenniser les centres assurant une prise en charge en soins médicaux et de réadaptation ;
- d'encourager le développement de la formation et de la recherche.

La recherche de qualité des soins de traitement des grands brûlés est d'autant plus motivée par la fragilité des patients pris en charge. Elle est dépendante de la cohésion de l'équipe de soins. Cette qualité sera conditionnée par :

- l'attention portée à la lutte contre les infections liées aux soins ;
- la prise en charge de la douleur ;

- le recours à l'aide psychologique pour les patients comme pour l'équipe soignante ;
- l'organisation de la rééducation la plus précoce possible.

Cette prise en charge doit être adaptée à l'âge des patients, et notamment des enfants.

DES INDICATEURS POUR L'ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS POURRONT ÊTRE SUIVIS SUR LA PÉRIODE DU PRS3 :

- Nombre annuel d'admissions
- Nombre annuel d'actes chirurgicaux
- Taux de mortalité
- Durée moyenne de séjour
- Taux d'occupation
- Délai de prise en charge par le SMR dédié

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Le PRS3 ne prévoit pas d'évolution de l'offre concernant cette activité de recours régional avec le maintien des sites actuels (adulte et pédiatrique).

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Traitement des grands brûlés - Adultes

Zones de répartition = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	1

Traitement des grands brûlés - Enfants

Zones de répartition = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	1

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

La cardiologie hospitalière

La cardiologie hospitalière soumise à autorisation et reconnaissance contractuelle comprend plusieurs activités.

- **Les unités de soins intensifs cardiologiques** (USIC) étaient soumises à reconnaissance contractuelle, et sont désormais soumises à autorisation dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins : **elles entrent dans le champ des activités de soins critiques**.
- **La cardiologie interventionnelle** (CI) permet de traiter mécaniquement, et de manière moins invasive que la chirurgie cardiaque, plusieurs types de pathologies :
  - les rythmopathies, traitées dans des établissements disposant, dans l'ancienne réglementation, d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 1 ;
  - les cardiopathies congénitales (CC), traitées dans des établissements disposant, dans l'ancienne réglementation, d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 2 ;
  - les coronaropathies, traitées dans des établissements disposant, dans l'ancienne réglementation, d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 3 ;
  - les anomalies structurelles du cœur (telles que les valvulopathies), traitées dans des établissements disposant, dans l'ancienne réglementation, d'une autorisation de type 3 adossée à un service de chirurgie cardiaque.
- **La chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique**, régie par les autorisations de chirurgie cardiaque.
- **La transplantation cardiaque**, régie par les autorisations de greffe.

En Île-de-France, la cardiologie hospitalière adulte est organisée en **centres « intégrés »**, selon une gradation médicale, interventionnelle et chirurgicale, pour assurer sur une même unité de lieu l'ensemble des prises en charge cardiologiques : parmi les 47 établissements disposant d'une reconnaissance contractuelle d'USIC, 35 ont une autorisation de cardiologie interventionnelle coronaire (type 3), dont 20 ont une autorisation de rythmologie interventionnelle (type 1), dont 10 ont une autorisation de chirurgie cardiaque, parmi lesquels 4 ont une autorisation de transplantation cardiaque.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

En cardiologie hospitalière, la réforme des autorisations de soins impacte les activités de soins critiques (USIC), la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle (sauf pour trois actes de cardiologie interventionnelle structurelle : TAVI[35], MITRACLIP[36], FAG[37] et pour un acte de rythmologie interventionnelle : PM sans sonde[38], qui restent encadrés par des arrêtés spécifiques).

Les activités sont traitées dans les chapitres suivants :

	Chapitre	Page
USIC	Soins critiques	586
Cardiologie interventionnelle (CI)	Cardiologie interventionnelle	524
Chirurgie cardiaque	Chirurgie cardiaque	529
Transplantation cardiaque	Greffes	511

35 TAVI : bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (DBLF 001).

36 MITRACLIP : rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale (DBBF 198).

37 FAG : fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée (DASF 074).

38 PM sans sonde : implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque (pace-maker) définitif simple chambre, par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde (DELF 223).

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de chirurgie cardiaque

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Dix services de chirurgie cardiaque adulte et deux services de chirurgie cardiaque pédiatrique sont autorisés en Île-de-France (un établissement traitant les adultes et les enfants).

L'offre de chirurgie cardiaque se répartit de la façon suivante en Île-de-France :

- dans le 75 : 4 services de chirurgie cardiaque adulte et 1 service de chirurgie cardiaque pédiatrique
- dans le 92 : 2 services de chirurgie cardiaque adulte et 1 service de chirurgie cardiaque pédiatrique (1 établissement traitant les adultes et les enfants)
- dans le 93 : 1 service de chirurgie cardiaque adulte
- dans le 94 : 1 service de chirurgie cardiaque adulte
- dans le 78 : 1 service de chirurgie cardiaque adulte
- dans le 91 : 1 service de chirurgie cardiaque adulte (au cours du PRS2, un service de chirurgie cardiaque pédiatrique a été fermé dans l'Essonne)

Cinq services sont portés par l'AP-HP (dont un pédiatrique), deux par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC) (dont un qui traite les enfants et les adultes) et quatre par des établissements privés lucratifs. Il n'y a pas d'offre de chirurgie cardiaque ni dans les établissements publics hors AP-HP, ni dans les HIA[39].

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité de chirurgie cardiaque est régie par les articles R. 6123-69 à R. 6123-74 du Code de la santé publique (conditions d'implantation) et par les articles D. 6124-121 à D. 6124-130 (conditions techniques de fonctionnement). Ces articles ont été modifiés dans le cadre de la réforme des

39 Hôpital d'instruction des armées.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

autorisations d'activités de soins, par les :

- décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;
- décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

L'arrêté du 24 janvier 2006 « fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R. 6123-74 du Code de la santé publique » reste applicable.

L'activité de chirurgie cardiaque mentionnée au 10° de l'article R. 6122-25 comprend toutes les interventions chirurgicales intrathoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle.

Les nouveaux décrets contiennent des conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement, et notamment :

- le bloc interventionnel protégé doit disposer :
  - d'au moins deux salles d'intervention protégées affectées à la chirurgie cardiaque, aux dimensions compatibles avec le niveau d'équipement et les conditions de fonctionnement requis, dotées chacune d'un appareil de circulation sanguine extracorporelle équipé des systèmes d'alarmes et de surveillance des paramètres et disposant d'un appareil de récupération du sang ;
  - **d'au moins une salle d'intervention protégée disposant d'un moyen de guidage par imagerie et permettant la pratique d'une intervention radioguidée et d'un acte chirurgical en simultané, en succession ou par conversion ;** cette salle d'intervention protégée est mutualisable avec d'autres activités de soins ;
  - d'un appareil d'assistance cardio-circulatoire, accessible immédiatement ;
  - d'un local aseptique réservé au stockage des appareils de circulation sanguine extracorporelle.
- le titulaire pour la chirurgie cardiaque **adulte** dispose d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie suivant les modalités :

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

– rythmologie interventionnelle, mentionnée au 1° de l'article R. 6123-129, au titre de la mention A mentionnée au 3° du I de l'article R. 6123-130 ;

– cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte, prévue au 3° de l'article R. 6123-129.

- le titulaire pour la chirurgie cardiaque **pédiatrique** dispose d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie suivant la modalité rythmologie interventionnelle, mentionnée au 1° de l'article R. 6123-129, au titre de la mention C mentionnée au 3° de l'article R. 6123-130.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Chirurgie cardiaque			Chirurgie cardiaque adulte Chirurgie cardiaque pédiatrique

Évaluation des besoins à 5 ans

En 2019, le PMSI dénombrait en Île-de-France 10 677 séjours en chirurgie cardiaque. Ce nombre de séjours a diminué de 4 % depuis 2016. Les séjours de chirurgie cardiaque représentent 1 % du nombre total de séjours de chirurgie ; 32 % des séjours concernent le traitement chirurgical des valvulopathies avec une DMS[40] de 19 jours, une mortalité hospitalière de 6 %, un passage en réanimation systématique et 3 % d'admission par les urgences ; 30 % des séjours concernent le traitement chirurgical des coronaropathies avec une DMS de 15 jours, une mortalité hospitalière de 2 %, un passage en réanimation systématique et 3 % d'admission par les urgences. Le recensement de l'activité par le PMSI semble sous-estimé par rapport à celui issu du registre EPICARD.

Par le registre EPICARD, on note une baisse de l'activité de chirurgie cardiaque de 2 % de 2013 à 2019 et une baisse de 14 % de l'activité de chirurgie valvulaire isolée, compensée par une augmentation des PAC[41] et autres chirurgies cardiaques. Avec le développement des valvuloplasties percutanées, on constate que les pathologies des valves aortiques sont

40 DMS : durée moyenne de séjour.

41 Pontage aorto-coronarien.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

traitées à 46 % en chirurgie cardiaque et à 56 % en cardiologie interventionnelle, et que les pathologies des valves mitrales sont traitées à 81 % en chirurgie cardiaque et à 19 % en cardiologie interventionnelle. Les valvuloplasties percutanées sont réalisées en premier opérateur par des cardiologues interventionnels dans la majorité des cas, et les chirurgiens cardiaques font ces actes en premier opérateur dans environ 20 % des cas.

Cette évolution des pratiques devrait se poursuivre dans les années qui viennent.

Les experts de la Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCTCV) plaident pour le maintien de l'offre existante en Île-de-France, tant pour la chirurgie cardiaque adulte que pédiatrique.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Suivre l'évolution de l'activité de cardiologie interventionnelle structurelle (actuellement réglementée par des arrêtés particuliers) en termes de réglementation (rapport HAS en cours) et d'activité, car ces évolutions auront à moyen terme un impact sur l'offre de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque adulte.
- Travailler sur les bases de données pour :
  – expliquer les différences d'activité observées entre les résultats issus du PMSI et ceux issus du registre EPICARD ;
  – suivre l'évolution des activités.
- Soutenir les ressources humaines en santé pour permettre d'ouvrir tous les lits de réanimation chirurgicale et d'augmenter l'activité afin de réduire les listes d'attente.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels et du nombre d'actes réalisés au niveau régional, le PRS maintient l'offre actuelle de chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Mentions de ressort régional

Chirurgie cardiaque adulte

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

CHIRURGIE CARDIAQUE ADULTE	
Zones de répartition = région	Autorisation au 01/10/2023
Île-de-France	10

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

CHIRURGIE CARDIAQUE ADULTE		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	10	10

Chirurgie cardiaque pédiatrique

Tableau 3 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

CHIRURGIE CARDIAQUE PÉDIATRIQUE	
Zones de répartition = région	Autorisation au 01/10/2023
Île-de-France	2

Tableau 4 : Implantations cibles (OQOS)

CHIRURGIE CARDIAQUE PÉDIATRIQUE		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	2

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie (cardiologie interventionnelle)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'offre de cardiologie interventionnelle (CI) de la région (sans compter l'offre des HIA qui n'est pas soumise à autorisation de l'ARS) a évolué de la manière suivante dans le PRS2 :

- 35 services de CI type 3 en 2023 *versus* 35 en 2018 sans mouvement ;
- 20 services de CI type 1 en 2023 *versus* 20 en 2018 avec, dans le 92, la fermeture d'un service et l'ouverture d'un autre ;
- 2 services de CI type 2 en 2023 *versus* 3 en 2018, avec la fermeture d'un service dans le 91.

L'offre se répartit de la façon suivante :

- dans le 75 : 9 services de CI type 3 dont 6 avec de la CI type 1
- dans le 77 : 2 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- dans le 78 : 4 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- dans le 91 : 3 services de CI type 3 dont 3 avec de la CI type 1
- dans le 92 : 6 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1 (plus 1 HIA offrant de la CI type 3 et de la CI type 1)
- dans le 93 : 5 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- dans le 94 : 2 services de CI type 3 dont 1 avec de la CI type 1
- dans le 95 : 4 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1

Pour la cardiologie interventionnelle (CI) type 3, 7 services sont portés par l'AP-HP, 12 par des établissements publics, 4 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC), 12 par des établissements privés lucratifs et 1 par un HIA.

Pour la CI type 1, 4 sont portés par l'AP-HP, 6 par des établissements publics, 2 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC), 8 par des établissements privés lucratifs et 1 par un HIA.

La cardiologie interventionnelle type 2 (traitement des cardiopathies congénitales) est portée par deux établissements de santé :

- un établissement de l'AP-HP à Paris qui partage son autorisation par convention avec un autre établissement de l'AP-HP, permettant de répartir le traitement des enfants sur l'un et le traitement des adultes sur l'autre ;
- un ESPIC dans le 92 qui traite les enfants et les adultes.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle apporte des modifications, notamment :

- le périmètre de l'activité est élargi, avec l'introduction de la pose des PM[42] mono et double chambre et des actes interventionnels diagnostiques (actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et coronarographies) ;
- la structuration autour de trois types d'activités est conservée (modalité « Rythmologie interventionnelle », modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie », modalité « Cardiopathie ischémique et structurelle de l'adulte »), mais une gradation est introduite en quatre mentions pour la modalité « Rythmologie interventionnelle » et en deux mentions pour la modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie ». Cette gradation a pour objectif de tenir compte de la complexité différenciée des patients traités (enfants et patients avec une cardiopathie congénitale complexe) et des techniques et des exigences à y associer en termes de qualité et de sécurité ;
- une autorisation peut être liée à une autre autorisation en fonction de la typologie des patients traités ;
- chaque mention est soumise à seuils ;
- il est nécessaire d'avoir un recueil des données permettant d'analyser les pratiques pour améliorer ces dernières ainsi que la gestion des risques.

42 PM : pacemaker.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES DE LA RÉFORME DES AUTORISATIONS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

1. Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie
2. Décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
3. Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du Code de la santé publique
4. Instruction n° DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Les actes de cardiologie interventionnelle structurelle, non inclus dans la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle mais encadrés par des arrêtés spécifiques, sont les TAVI[43], MITRACLIP[44], FAG[45] et PM sans sonde.

Les établissements qui réalisent les TAVI, MITRACLIP et FAG doivent être titulaires d'une autorisation de chirurgie cardiaque et d'une autorisation de modalité « Cardiopathie ischémique et structurelle de l'adulte ». Les établissements qui réalisent des PM sans sonde doivent être titulaires d'une autorisation de chirurgie cardiaque et d'une autorisation de modalité « Rythmologie interventionnelle – mention D ». Les seuils annuels sont de 100 TAVI associés à 200 actes de chirurgie valvulaire, 24 MITRACLIP, 25 FAG et 24 PM sans sonde.

43 TAVI : bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (DBLF 001).

44 MITRACLIP : rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale (DBBF 198).

45 FAG : fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée (DASF 074).

ARRÊTÉS SPÉCIFIQUES AUX ACTES DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE STRUCTURELLE

1. Arrêté du 28 mars 2019 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique
2. Arrêté du 16 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 28 mars 2019 (jusqu'au 31 décembre 2023)
3. Arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de « rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transœsophagienne » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique
4. Arrêté du 11 février 2022 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 (jusqu'au 15 décembre 2026)
5. Arrêté du 12 mai 2016 limitant la pratique de l'acte de « fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique
6. Arrêté du 28 novembre 2022 modifiant l'arrêté du 12 mai 2016 (jusqu'au 30 novembre 2027)
7. Arrêté du 25 octobre 2018 limitant la pratique de l'acte d'« implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque définitif simple chambre, par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique
8. Arrêté du 18 février 2022 modifiant l'arrêté du 25 octobre 2018
9. Arrêté du 24 février 2023 modifiant l'arrêté du 25 octobre 2018 (jusqu'au 1er juillet 2023)

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Zonage

Les modalités de cardiologie interventionnelle par mention correspondent aux zonages suivants :

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention A	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention B Modalité Rythmologie interventionnelle Mention C Modalité Rythmologie interventionnelle Mention D Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention A Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention B Les actes de cardiologie interventionnelle non soumis à la réforme des autorisations

Évaluation des besoins à 5 ans

Rythmologie

Les maladies rythmiques sont responsables en Île-de-France de 34 648 séjours MCO, ce qui représente 16 % des séjours de cardiologie médicale et une augmentation de 8 % depuis 2015. Les actes CCAM[46] d'implantation de prothèses cardiaques rythmologiques sont stables avec 7 909 PM mono et double chambre et 2 521 PM triple chambre et DAI[47] implantés en 2019. En revanche, depuis 2013, les ablations simples ont augmenté de 30 % avec 5 280 actes en 2019, et les ablations complexes ont augmenté de 65 % avec 5 461 actes en 2019 (source PMSI). Ainsi, dans les prochaines années, du fait du vieillissement de la population et des recommandations de l'ESC[48] de 2021, les actes d'ablations complexes devraient augmenter tandis que les autres activités de rythmologie interventionnelle devraient rester stables.

L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins dans un contexte double. D'une part, les ressources humaines en santé sont devenues insuffisantes et les seuils des mentions B et C (étude d'impact) ne sont atteints que pour un peu plus de 50 % des centres en 2019 en France (source PMSI - Livre Blanc CNCH[49] 2022). D'autre part, l'évolution des techniques permet de diminuer les durées des ablations complexes, le développement de l'ambulatoire permet d'accélérer les prises en charge, les salles de rythmologie interventionnelle pourraient absorber une augmentation d'activité et le développement de la télésurveillance des prothèses rythmiques permet d'optimiser le suivi des patients.

Dans ce contexte, les experts de la SFC[50] estiment que l'augmentation de l'offre actuelle, pour répondre à l'augmentation de l'activité, devra être très prudente du fait de la fragilité actuelle des ressources humaines en santé, avec l'objectif d'optimiser l'activité des centres existants dans un premier temps.

46 CCAM : classification Commune des Actes Médicaux.

47 DAI : défibrillateurs automatiques implantables.

48 ESC : European Society of Cardiology.

49 CNCH : Collège national des cardiologues des hôpitaux.

50 SFC : Société française de cardiologie.

Cardiopathies congénitales

L'incidence des cardiopathies congénitales (CC) est stable depuis dix ans avec environ 8 enfants sur 1 000 qui naissent avec une malformation cardiaque congénitale, dont un tiers aura besoin de soins lourds (chirurgie cardiaque ou cardiologie interventionnelle). Il y a en Île-de-France 2 300 séjours MCO de patients de moins de 18 ans ayant une CC complexe et ce nombre est stable depuis 2013. Actuellement, 97 % des enfants vivent au-delà de l'âge adulte et 75 % après 50 ans. Ainsi, la prévalence des adultes ayant une CC est en constante augmentation depuis 30 ans (actuellement, 215 000 adultes auraient une CC en France). En Île-de-France, en 2021, on comptabilisait 364 actes de rythmologie chez des enfants sans CC complexe et 49 actes de rythmologie chez des patients avec CC complexe, dont 18 enfants. Il y avait 1 138 actes de CC hors rythmologie de mention A, dont 376 chez des enfants (33 %), et 975 actes de mention B dont 229 (23 %) chez des enfants. Par ailleurs, 33 % des enfants de France ayant une CC complexe sont pris en charge dans les établissements franciliens (sources : PMSI, registre CC-EPICARD, bibliographie internationale).

L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins qui sont stables chez l'enfant mais qui augmentent progressivement chez l'adulte, dans un contexte particulier où :

- les ressources humaines en santé dans ce domaine sont particulièrement faibles ;
- la cardiologie congénitale médicale, interventionnelle et chirurgicale requiert un très haut niveau d'expertise (les trois centres d'Île-de-France autorisés sont des centres de référence M3C[51]), ce qui nécessite de travailler en réseau ;
- la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle structure l'activité de prise en charge des CC complexes des adultes et des enfants d'une part et des autres cardiopathies des enfants d'autre part, avec des seuils élevés et des conditions techniques de fonctionnement exigeantes ;
- l'activité de cardiologie interventionnelle des CC complexes et des enfants d'une part et des autres cardiopathies des enfants d'autre part reste faible.

Dans ce contexte, les experts de la SFC et des centres de référence M3C estiment que l'offre actuelle en Île-de-France (modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » - mention B) permet de répondre à l'augmentation de l'activité.

51 M3C : malformations cardiaques congénitales complexes.

Les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

La prévalence standardisée[52] de la cardiopathie ischémique chronique[53] est de 1 463 en 2021 et a augmenté de 23 % en dix ans ; la population est composée de 72 % d'hommes, a 73 ans d'âge moyen et une mortalité de 5 %. La prévalence standardisée de l'infarctus du myocarde est de 425 en 2021 et a augmenté de 50 % en dix ans (source ameli.fr). Le registre e-MUST dénombre 2 535 IDM aigus en Île-de-France en 2019, dont 78 % en primaire et 22 % en secondaire[54]. Ces chiffres sont stables depuis des années. En outre, 92 % des primaires sont adressés directement en salle de cardiologie interventionnelle et 7 % passent d'abord en USIC. Pour les primaires, le délai médian entre l'appel des secours et l'arrivée à l'hôpital est de 75 minutes, et ce délai est stable depuis des années.

En Île-de-France, il y a 57 520 séjours MCO pour coronaropathies, ce qui représente 27 % des séjours de cardiologie médicale et une augmentation de 15 % depuis 2015. On note que 24 % de ces séjours sont réalisés en ambulatoire et en HC[55], la DMS[56] est de six jours ; 15 % des patients passent par les urgences, 31 % font un passage en USIC, l'âge moyen est de 71 ans et la mortalité hospitalière est de 1 % (source PMSI – année 2019). En Île-de-France, par le PMSI 2019, on dénombre 45 569 coronarographies (stabilité par rapport à 2018) et 33 672 actes d'angioplasties coronaires (stabilité par rapport à 2018 et mêmes constats par le registre CARDIO-ARSIF[57]), 860 fermetures de septum (augmentation de 63 % en neuf ans), 2 937 TAVI (augmentation de 218 % en neuf ans), 255 MITRACLIP (augmentation de 152 % en cinq ans), 488 FAG (augmentation de 72 % en cinq ans), 2 699 actes de chirurgie valvulaire (diminution de 34 % en neuf ans). Ainsi, dans les prochaines années, du fait du vieillissement de la population, la prévalence des coronaropathies et des valvulopathies va augmenter. Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- l'émergence des nouvelles techniques, comme le coroscanner indiqué en première intention dans le bilan des maladies coronaires stables, permet d'ores et déjà de diminuer le nombre de coronarographies normales ; couplée au calcul de la FFR-CT[58], cette technique permettra d'améliorer la pertinence de l'angioplastie et de ne faire des coronarographies que pour les patients pouvant bénéficier d'une angioplastie, donc de diminuer les coronarographies ; ces techniques vont aussi remplacer d'autres techniques d'évaluation fonctionnelle, comme l'épreuve d'effort et la scintigraphie myocardique (il est important d'améliorer la qualité de ces examens par une expertise cardiologique) ;
- les progrès réalisés dans l'angioplastie coronaire permettent de diminuer le nombre d'angioplasties de sauvetage.

Les angioplasties, même si elles sont plus pertinentes, et les valvuloplasties percutanées devraient augmenter tandis que les coronarographies devraient rester stables voire diminuer. L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins dans un contexte double. D'une part, les ressources humaines en santé sont devenues insuffisantes et le seuil de la modalité « Cardiopathie ischémique et structurelle » de la réforme est augmenté à hauteur de 400 angioplasties par an. D'autre part, l'évolution des techniques permet de diminuer les coronarographies et d'améliorer la pertinence des angioplasties coronaires, et le développement de l'ambulatoire permet d'accélérer les prises en charge.

Dans ce contexte, les experts du GACI[59] de la SFC estiment que l'offre actuelle permet de répondre à l'augmentation de l'activité attendue et qu'il faut préserver les ressources humaines en santé avec l'objectif d'optimiser l'activité des centres existants.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Mettre en œuvre la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle en veillant à répondre aux besoins de 2028, sans déstabiliser l'offre actuelle et en préservant les ressources humaines en santé :
  - en régularisant les autorisations de « Rythmologie interventionnelle » mention A pour les établissements qui s'inscrivent dans la poursuite d'une activité, qui respectent les seuils (selon l'étude d'impact 2022), les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de la réforme ;
  - en reconduisant les autorisations de « Rythmologie interventionnelle » mention C (sans chirurgie cardiaque) et mention D (avec

52 Standardisée : pour 100 000 habitants.

53 Code I25 de l'ALD13 : affection longue durée pour la « maladie coronaire ».

54 e-MUST : registre d'Île-de-France qui recense tous les infarctus du myocarde aigus (SCA ST+) pris en charge par les SAMU/SMUR et la BSPP (Brigade des sapeurs-pompiers de Paris) en primaire (sans prise en charge médicale hospitalière préalable) et en secondaire (à la demande d'un établissement de santé).

55 HC : hospitalisation complète.

56 DMS : durée moyenne de séjour.

57 CARDIO-ARSIF : registre d'Île-de-France qui recense toutes les coronarographies et angioplasties coronaires réalisées dans les 36 salles de cardiologie interventionnelle coronaire.

58 Le principe de la FFR-CT (fractional flow reserve derived from coronary CT angiography) est d'évaluer la perfusion myocardique coronaire à partir d'un scanner cardiaque effectué au temps artériel pour opacifier les artères coronaires.

59 GACI : Groupe athérome et cardiologie interventionnelle.

chirurgie cardiaque), de « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » mention B pour les adultes et les enfants, de « Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte » pour les établissements qui s'inscrivent dans la poursuite de l'activité et qui remplissent les conditions réglementaires ;

– en augmentant l'offre actuelle très prudemment en créant deux à quatre nouvelles implantations de « Rythmologie interventionnelle » mention B, deux nouvelles implantations de « Rythmologie interventionnelle » mention D, une nouvelle implantation de « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » adulte mention A, une nouvelle implantation « Cardiopathie ischémique et structurelle » (cf. paragraphe révision de juin 2025 du schéma de cardiologie interventionnelle);

– en incitant les établissements autorisés dans la modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » à intégrer les centres de référence M3C, à travailler de manière collégiale et partagée et à participer activement au registre de cardiopathies congénitales qui sera mis en place durant le PRS3.

- Poursuivre le virage ambulatoire en cardiologie interventionnelle déjà engagé dans quelques services de cardiologie interventionnelle.
- Poursuivre le développement de l'intégration des plateaux techniques invasifs (PTI) dans les territoires :
  – ouvrir les PTI à des cardiologues interventionnels qui exercent en ville ou dans des établissements sans PTI ;
  – entretenir les liens avec les SAMU/SMUR pour l'accès immédiat et direct des infarctus du myocarde aigus à la salle de cardiologie interventionnelle coronaire.
- Poursuivre le développement des téléexpertise, téléconsultation et télésurveillance (de l'insuffisance cardiaque chronique, des prothèses rythmiques, des anticoagulants) dans le champ de la cardiologie et développer l'équipe de soins spécialisés de cardiologie (cf. fiche parcours insuffisance cardiaque chronique).
- Développer la délégation de tâches (protocoles de coopération et IPA[60]).
- Mobiliser plus systématiquement les données (ALD, PMSI, SNDS, EDS cardio/urgences[61]…) pour :

60 IPA : infirmier en pratique avancée.

61 EDS cardio/urgences : entrepôt de données de santé cardio/urgences (description ci-après).

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

– suivre l'évolution de l'activité et vérifier que les évolutions répondent aux besoins de la population sans déstabiliser l'offre existante ;

– suivre l'évolution de l'activité de cardiologie interventionnelle structurelle (encadrée par des arrêtés spécifiques) en termes de réglementation (rapport HAS en cours) et d'activité, car ces évolutions auront à moyen terme un impact sur l'offre de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque adulte ;

– utiliser les indicateurs issus de l'EDS cardio/urgences (autorisé par la CNIL et mis en place en 2021, piloté par l'ARS-Île-de-France, géré par le SESAN, qui héberge les registres e-MUST[62] et CARDIO-ARSIF[63] dans le respect du RGPD[64]), pour suivre l'évolution des pratiques et mettre en place, si besoin, des actions de santé publique destinées aux patients ou aux professionnels de santé ;

– poursuivre la mise en place du « parcours infarctus du myocarde par appariement probabiliste entre les données e-MUST 2014-2018 et du SNDS » dans le cadre du Health Data Hub (autorisé par la CNIL en 2022) :
  – l'objectif est d'avoir une vision objective du parcours de la maladie ischémique chronique sur dix ans (cinq ans avant et cinq ans après l'infarctus du myocarde) et le projet est en cours,
  – les perspectives sont, d'une part, d'incrémenter au fil de l'eau les dernières années de e-MUST disponibles et, d'autre part, de construire le projet « maladie ischémique chronique par appariement probabiliste entre les données CARDIO-ARSIF et du SNDS ».

- Mettre en place de nouveaux registres de pratiques (rythmologie et cardiopathies congénitales), intégrés à l'EDS cardio/urgences.
- Raisonner en parcours global pour améliorer la prise en charge cardiologique des patients dans les territoires :
  – dépister et traiter les patients avec des facteurs de risque vasculaire pour contrôler la prévalence des maladies vasculaires. Pour cela, il est essentiel de faciliter l'accès à des consultations de généralistes et de cardiologues et de faire des liens avec les diabétologues, donc de développer un réseau ville (CPTS, structures d'exercice collectif, médecins isolés, DAC) en lien avec les établissements du territoire ;
  – faire entrer les patients avec des facteurs de risque vasculaire dans

62 e-MUST : registre des infarctus du myocarde (IDM) pris en charge par les 40 SAMU/SMUR et BSPP, développé depuis 2000 par l'ARSIF et le SESAN et permettant d'avoir une vision précise du parcours du patient du début de la douleur thoracique à la sortie de la première hospitalisation.

63 CARDIO-ARSIF : registre des coronarographies et des angioplasties coronaires réalisées dans les 36 salles de cardiologie interventionnelle coronaire d'Île-de-France, développé depuis 2000 par l'ARSIF et le SESAN.

64 RGPD : règlement général sur la protection des données.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

la filière cardiologique du territoire par l'accès à des consultations de cardiologie dans les établissements (consultations de cardiologie avancées, postes partagés) et en ville ;

- développer les plateaux techniques non invasifs coronaires (coroscanner, score calcique, IRM cardiaque) et en faciliter l'accès ;
- puis, si indiqué, accélérer la réalisation des actes de cardiologie interventionnelle ;
- pour tous ces patients qui entrent dans la maladie chronique (diabète, HTA, dyslipidémie, maladie ischémique chronique, insuffisance cardiaque chronique), une surveillance régulière doit être mise en place : par des consultations ou des téléconsultations, par la télésurveillance (insuffisance cardiaque chronique et prothèses rythmiques) ;
- la prise en charge des patients en Ehpad est aussi un enjeu majeur qui nécessite une organisation spécifique ; pour certains patients et dans certains cas, il peut être pertinent de faire des téléconsultations de cardiologie avec l'aide de l'IDE de l'Ehpad, de mobiliser l'HAD avec une téléexpertise cardiologique…

Ainsi, ce maillage et cette organisation territoriale sont à co-construire avec les établissements du territoire et la ville, en s'appuyant sur une équipe territoriale de cardiologie.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

- Pour l'attribution de la modalité « Rythmologie interventionnelle » - mention B, les établissements de santé demandeurs situés dans les départements ayant le plus gros taux de fuite seront privilégiés.
- Dans le 94, les services de cardiologie interventionnelle devront se renforcer, s'organiser et se soutenir pour mieux répondre aux besoins et diminuer les taux de fuite.
- Dans le 77 sud, l'amélioration de la prise en charge cardiologique des patients du territoire, par une coopération territoriale entre les établissements et la ville, sera une priorité du PRS3.
- Dans le 93, l'amélioration de la prise en charge cardiologique des patients du territoire (de la prévention des facteurs de risque vasculaire à la prise en charge hospitalière et au suivi post-hospitalier) s'appuiera sur un projet territorial de cardiologie.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Révision de juin 2025 du schéma de cardiologie interventionnelle

Rythmologie interventionnelle mention B

À l'issue de l'instruction des demandes d'autorisation de rythmologie interventionnelle mention B intervenue en 2024, et des échanges avec les partenaires dans le cadre du contrat de méthode (CSOS, groupe de travail), il a été constaté que l'offre initialement prévue au PRS (publié fin 2023) semblait insuffisante pour couvrir les besoins de la région. Cela amène à réajuster l'offre régionale d'1 OQOS de rythmologie interventionnelle mention B. Cette augmentation demeure limitée, de manière à ne pas déstabiliser l'offre existante. Elle vise à répondre à des besoins de territoires insuffisamment couverts.

La délivrance de cette autorisation supplémentaire de mention B interviendra par transformation d'une autorisation de mention A, délivrée à un établissement francilien dans le cadre de la procédure d'autorisation de 2024.

Rythmologie interventionnelle mention D

À la suite de la publication du PRS 3, il a été constaté une erreur matérielle liée au manque d'1 OQOS de rythmologie interventionnelle mention D dédié à la prise en charge exclusive des enfants. Aussi, les OQOS de rythmologie interventionnelle mention D sont augmentés de manière à atteindre 11 implantations pour la région.

L'offre de cardiologie interventionnelle fera l'objet d'une évaluation régulière, de manière à mesurer la couverture des besoins de la population.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableaux 1 : Photographies de l'existant autorisé en octobre 2023

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE TYPE I	
Zones de répartition = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	6
92	2
93	2
94	1
Grande couronne	
77	2
78	2
91	3
95	2
Total	20

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE TYPE II	
Zones de répartition = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	1
92	1
93	0
94	0
Grande couronne	
77	0
78	0
91	0
95	0
Total	2

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE TYPE III	
Zones de répartition = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	9
92	6
93	5
94	2
Grande couronne	
77	2
78	4
91	3
95	4
Total	35

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Tableaux 2 : Implantations cibles (OQOS)

- **Mentions de ressort régional**

RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE MENTION B		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	4

RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE MENTION C		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	8	11

RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE MENTION D		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	11	11

CARDIOPATHIES CONGÉNITALES HORS RYTHMOLOGIE MENTION A ADULTE		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	0	1

CARDIOPATHIES CONGÉNITALES HORS RYTHMOLOGIE MENTION B ADULTE		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	2

CARDIOPATHIES CONGÉNITALES HORS RYTHMOLOGIE MENTION B PÉDIATRIQUE		
Zones de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	2

- **Mentions de ressort territorial**

RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE MENTION A		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	3	4
92	2	4
93	2	4
94	3	5
Grande couronne		
77	0	0
78	0	2
91	3	3
95	1	1
Total	14	23

- **Mentions de proximité**

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES ET STRUCTURELLES DE L'ADULTE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	8	9
92	6	6
93	5	6
94	2	2
Grande couronne		
77 nord	1	1
77 sud	1	1
78 nord	2	2
78 sud	2	2
91 nord	2	2
91 sud	1	1
95 est	1	1
95 ouest	1	1
95 sud	2	2
Total	34	36

Activité de neurochirurgie

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'activité de neurochirurgie soumise à autorisation est réalisée actuellement dans dix établissements de santé franciliens. L'offre a été stable au cours du PRS2. Sur les dix sites autorisés, un établissement est à vocation pédiatrique exclusive et un établissement a une offre mixte (adulte et pédiatrique). Un établissement bénéficie également d'une autorisation dérogatoire pour la mention de neurochirurgie pédiatrique, exclusivement dédiée à la prise en charge de l'épilepsie de l'enfant de plus de 12 ans.

Par ailleurs, un hôpital d'instruction des armées (HIA) exerce cette activité.

Toute l'offre de neurochirurgie est située à Paris et en petite couronne :

- 5 établissements à Paris : 3 AP-HP, 1 public, 1 Espic ;
- 3 établissements dans les Hauts-de-Seine : 1 AP-HP, 1 Espic, 1 HIA ;
- 1 établissement en Seine-Saint-Denis : établissement privé ;
- 2 établissements dans le Val-de-Marne : 2 AP-HP.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité de soins de neurochirurgie comprend la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux, et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques.

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins, dans le contexte de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient auparavant cette activité, et de la parution récente de décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation. Ces décrets (n° 2022-1765 et n° 2022-1766) modifient peu les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de neurochirurgie. Cependant, ils introduisent une

nouveauté, à savoir la nécessité pour les équipes chirurgicales de renseigner un registre dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. En outre, les nouvelles conditions liées à l'activité de chirurgie doivent également être respectées.

Deux modalités sont prévues par les textes :

- l'activité de soins de neurochirurgie pratiquée chez les patients adultes ;
- l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique.

L'autorisation de pratiquer l'activité de neurochirurgie n'est pas exigée si l'activité se limite aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière, et que l'établissement est autorisé à pratiquer l'activité de soins de chirurgie. Par contre, la neurochirurgie fonctionnelle cérébrale, la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques et la neurochirurgie pédiatrique sont des pratiques thérapeutiques qui ne peuvent être mises en œuvre que si les décisions d'autorisation les mentionnent expressément.

Pour le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, l'établissement doit être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

Sauf contexte d'urgence où la prise en charge peut être réalisée dans une unité pour adultes, l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique doit être pratiquée dans une unité dédiée, avec un environnement pédiatrique et des moyens permettant la présence des parents.

L'activité de neurochirurgie pour la prise en charge des adultes est soumise à seuil.

Ainsi, l'activité minimale annuelle, par site, est fixée à **100 interventions portant sur la sphère crânio-encéphalique** (arrêté du 19 mars 2007). Aucune activité minimale n'est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique.

Zonage

L'activité de neurochirurgie est soumise au découpage de niveau régional.

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Neurochirurgie			Neurochirurgie adulte et pédiatrique

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Évaluation des besoins à 5 ans

Activité

Le nombre d'actes de neurochirurgie pour les adultes a peu augmenté entre 2016 et 2021, passant de 16 246 à 16 661 actes (+ 2,5 %).

Si l'activité globale reste relativement stable, les prises en charge ont évolué, avec :

- une importante augmentation de la part ambulatoire de l'activité, passant de 0,8 à 8,5 % de l'activité entre 2016 et 2021 ;
- une augmentation de la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans l'activité globale, part évoluant de 9,9 % en 2016 à 10,9 % en 2021.

Ces tendances sont prévues à la hausse dans les prochaines années, que ce soit en rapport avec le vieillissement de la population mais aussi l'évolution des techniques (diminution de l'invasivité, notamment) et des parcours (développement des hôtels hospitaliers, par exemple).

Démographie des professionnels

Le nombre de neurochirurgiens apparaît stable dans la région, avec une densité pour 100 000 habitants légèrement supérieure à la moyenne nationale : 1,1 *versus* 0,9. On note cependant une fragilité dans la profession, avec :

- une forte inégalité territoriale, les neurochirurgiens exerçant de façon majoritaire à Paris, dans le Val-de-Marne et dans un moindre degré dans les Hauts-de-Seine ;
- des professionnels un peu plus âgés que sur le reste du territoire national ;
- un taux d'attractivité de la région plus faible en comparaison au taux de fuite : 17 % *versus* 21 %.

En ce qui concerne les personnels non médicaux, le nombre d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) a baissé au cours des dernières années. L'activité de neurochirurgie nécessite un personnel formé et dédié.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Plusieurs objectifs qualitatifs ont été identifiés.

- **Améliorer la réponse à l'urgence** : il convient de s'assurer du bon fonctionnement de la permanence des soins (PDS), commune avec la neuroradiologie interventionnelle et la neuro-réanimation.
- **Veiller à ce que les équipes soient suffisantes pour répondre à la demande**, du fait de la fragilité de la démographie des professionnels.
- **Garantir la sécurité, la qualité et l'efficience des soins** (registre).

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels et du nombre d'actes réalisés au niveau régional, le schéma inscrit une **perspective de stabilisation** sur Paris et la petite couronne.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Activité de neurochirurgie : ressort régional

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

NEUROCHIRURGIE ADULTE	
Zone de répartition des activités= région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	9

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

NEUROCHIRURGIE ADULTE		
Zone de répartition des activités= région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	8	9

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

NEUROCHIRURGIE FONCTIONNELLE CÉRÉBRALE	
Zone de répartition des activités= région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	8

NEUROCHIRURGIE FONCTIONNELLE CÉRÉBRALE		
Zone de répartition des activités= région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	8	8

NEUROCHIRURGIE - RADIOCHIRURGIE	
Zone de répartition des activités= région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	4

NEUROCHIRURGIE - RADIOCHIRURGIE		
Zone de répartition des activités= région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	4	4

NEUROCHIRURGIE PÉDIATRIQUE	
Zone de répartition des activités= région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	2

NEUROCHIRURGIE PÉDIATRIQUE		
Zone de répartition des activités= région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	3

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Actuellement, 7 centres sont autorisés pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI) sur la région :

- 4 établissements à Paris dont 2 AP-HP, 1 public et 1 Espic ;
- 3 en petite couronne : 1 dans les Hauts- de-Seine (Espic) et 2 dans le Val-de-Marne (AP-HP).

Deux de ces établissements ont une activité mixte adulte et pédiatrique. Une autorisation dérogatoire est également accordée à un établissement pour exercer cette activité en secteur pédiatrique.

Les autorisations d'activité ont été délivrées en 2011, sur le fondement du décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 et selon la circulaire d'application de la DHOS/04 n° 2007-389 du 29 octobre 2007.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI) porte sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. Elle traite des maladies vasculaires touchant le système nerveux, principalement les anévrismes intracrâniens, les malformations vasculaires au sens large, les sténoses carotides et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), avec notamment le développement de l'activité de thrombectomie mécanique ces dernières années à la phase aiguë des AVC.

Les récents décrets publiés en 2022 dans le cadre de la réforme des autorisations[65] mettent en place une **gradation des soins** pour prendre en compte les spécificités de la thrombectomie mécanique :

65 Décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et décret n° 2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- la mention A permet la réalisation exclusive de la thrombectomie mécanique (TM) et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu. Cette offre, désormais soumise à autorisation, nécessite la présence sur site d'une unité neuro-vasculaire (UNV) ;
- la mention B permet la réalisation de l'ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de neuroradiologie interventionnelle, y compris la thrombectomie mécanique.

La gradation des soins est assortie d'une convention reliant toute structure de mention A à une structure de mention B.

La réalisation des **activités suivantes est nouvellement soumise à autorisation** de NRI :

- les activités diagnostiques que sont les artériographies cérébrales ;
- les actes réalisés par voie percutanée hors localisation ostéoarticulaire, c'est-à-dire les actes percutanés s'intéressant aux malformations vasculaires et aux tumeurs ORL en excluant les vertébroplasties.

Les angioplasties carotidiennes et les embolisations des carotides externes peuvent être réalisées dans le cadre d'une autorisation de NRI, mais également dans celui d'une autorisation de chirurgie (vasculaire ou endovasculaire) ou d'une autorisation d'imagerie interventionnelle.

Pour le traitement en NRI des lésions cancéreuses, l'établissement doit également être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer (18° de l'article R. 6122-25 du Code de la santé publique).

L'autorisation de NRI ne peut être délivrée à un établissement que s'il dispose sur un même site d'une unité de soins intensifs avec une expertise neurovasculaire, d'une réanimation et d'un accès au scanner et à un appareil d'IRM 24 h/24. Une autorisation de neurochirurgie est également nécessaire, sur site pour les établissements de mention B, le cas échéant par convention pour les établissements de mention A.

Cette activité est soumise à seuil[66]. L'activité minimale annuelle est fixée par site :

- pour la mention **A, à 60 actes de thrombectomie mécanique ;**
- pour la mention **B, à 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie.**

66 Arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du Code de la santé publique.

Zonage

L'activité de NRI est soumise au découpage de niveau territorial pour la mention A et régional pour la mention B.

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie		NRI mention A « Réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'AVC ischémique »	NRI mention B Intègre la mention A « Ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie »

Évaluation des besoins à 5 ans

Activité

Le nombre d'actes de neuroradiologie interventionnelle pour les adultes a peu augmenté entre 2016 et 2021 (+ 3 %). Cette évolution est liée essentiellement à l'activité de thrombectomie mécanique des AVC (TM). L'augmentation du nombre de TM (5-10 % par an) est prévisible ces prochaines années, avec d'une part une augmentation du nombre d'AVC d'au moins 30 %, due principalement au vieillissement de la population, et d'autre part du fait de l'évolution probable des techniques et des indications.

Démographie des professionnels

Ces dernières années ont été marquées, outre la crise du Covid-19, par des tensions importantes sur les ressources humaines dans la filière AVC. La démographie des médecins impliqués dans cette filière est fragile et le recrutement de professionnels non médicaux (PNM) est difficile, s'agissant autant des infirmiers diplômés d'État (IDE) pour le fonctionnement des unités neuro-vasculaires (UNV) que des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM), indispensables à la réalisation des gestes de TM.

Enjeux pour le développement des centres NRI de mention A

L'enjeu majeur est de permettre l'accès à la TM à l'ensemble de la population de la région, en particulier aux Franciliens qui sont le plus éloignés des centres NRI existants. En effet, la TM doit être réalisée le plus rapidement possible après l'installation de symptômes, chaque minute entraînant une perte de chance pour la récupération neurologique.

L'ouverture de centres NRI de mention A implique la formation de nouveaux praticiens, nécessairement réalisée avec le concours et la coopération des centres NRI déjà existants. Ces centres doivent parallèlement pouvoir maintenir leur activité (la réalisation de tous les gestes de NRI dont la thrombectomie) dans de bonnes conditions. Cette activité de TM dans les centres de mention A est fortement consommatrice de temps médical, nécessitant une permanence des soins (PDS) 24 h/24 7 J/7, mais également une séniorisation de la permanence des soins dans l'UNV du site.

Assurer la qualité des soins est indispensable : si un nombre minimal d'actes de thrombectomie par site est défini, il est faible par opérateur et la formation continue apparaît indispensable pour ceux qui vont réaliser ce geste. Cette formation continue est donc à considérer dans le cadre de la convention obligatoire entre futurs centres de mention A et centres historiques de mention B.

Cette coopération entre centres de NRI mention B et mention A est une priorité dans le développement du maillage territorial de l'offre de TM, et doit s'inscrire dans une logique de proximité géographique.

Une attention particulière doit être portée aux transferts inter-hospitaliers des patients nécessitant la TM, pour les UNV sans centre de NRI sur site ; si la distance kilométrique est un des éléments à prendre en considération pour estimer le temps de transport, celui relatif à l'organisation du transfert doit être optimisé.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Plusieurs objectifs qualitatifs ont été identifiés.

- **Améliorer la réponse à l'urgence et réduire les inégalités territoriales :**
  - faire évoluer l'organisation de la prise en charge et des parcours dans une logique territoriale ;
  - ouvrir des centres NRI mention A, en priorisant les territoires éloignés des centres NRI mention B existants, en particulier en grande couronne ;
  - évaluer et optimiser les transferts entre établissements pour la TM (registre, réflexions sur le développement de TIIH – transports infirmiers inter-hospitaliers ou autres formes de transports non médicalisés).
- **Veiller à ce que les équipes des centres NRI mention B puissent main-**

tenir leur activité (réalisation de tous les gestes de NRI dont la thrombectomie) **dans de bonnes conditions et assurer la formation des futurs professionnels** qui assureront les gestes de thrombectomie.

- **Garantir la sécurité, la qualité et l'efficience des soins :**
  - évaluer les nouveaux centres de NRI mention A ;
  - s'assurer de la formation continue des équipes des centres mention A, en lien avec le centre NRI mention B (convention).

Dans la logique d'amélioration du service rendu à l'ensemble des Franciliens, certains critères permettront d'arbitrer en faveur de la reconnaissance de ces futurs centres : taille critique suffisante de la structure, besoins avérés et conséquents d'un territoire, absence de proximité d'un autre site de NRI mention A ou mention B, maturité de la filière AVC (illustrée notamment par le taux de prise en charge des AVC dans l'USINV), équipe sur site structurée et formée (nombre suffisant pour assurer la PDS), pertinence des pratiques et des liens opérationnels, notamment formation continue, avec un site mention B, en proximité géographique, nécessitant un véritable binôme entre centre de NRI mention A et centre de NRI mention B.

Une révision du PRS est envisagée à mi-parcours du PRS3, après une évaluation des premiers centres autorisés et du nombre de professionnels formés, afin d'intégrer le cas échéant la possibilité d'ouverture de centres de NRI de mention A supplémentaires, en fonction des résultats desdites évaluations et évolutions.

LES INDICATEURS CI-APRÈS SERONT SUIVIS AU COURS DU PRS3 :

- Nombre de centres de NRI mention A ouverts
- Nombre d'actes de TM réalisés par centre (NRI mention B et mention A)

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Sites de NRI mention B, activité régionale

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels et du nombre d'actes réalisés au niveau régional, le schéma inscrit une perspective de stabilisation pour les sites de NRI mention B, soit sept implantations régionales correspondant aux centres NRI déjà existants.

Sites de NRI mention A, activité territoriale (activité de recours départemental)

L'activité de thrombectomie mécanique est réalisée par les sites de mention B, donc est déjà réalisée dans :

- 4 établissements à Paris,
- 1 établissement dans les Hauts-de-Seine,
- 2 établissements dans le Val-de-Marne.

Afin d'améliorer la couverture territoriale de l'ensemble de la région, l'ouverture des centres de NRI mention A est priorisée dans les départements ne possédant pas de site de NRI mention B pouvant assurer cette offre.

Dans le contexte de ressources humaines (RH) contraintes, de la nécessité de formation des praticiens, de la nécessité de la PDS qui ne doit pas conduire à déstabiliser l'offre existante, un développement progressif de cette nouvelle offre est retenu avec une ouverture de centres de NRI mention A circonscrite, dans le premier temps du PRS, aux départements de grande couronne (77, 78, 91 et 95) ainsi que dans le 93, seul département de petite couronne n'offrant pas la possibilité d'accès à ce geste (absence de centre de NRI mention B dans ce département). L'implantation des centres de NRI mention B étant dans le centre de la région (Paris et petite couronne), l'ouverture des centres de mention A sera préférentiellement localisée en périphérie des départements de grande couronne (en particulier dans les infra-territoires 78 nord et 95 nord).

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

Zone de répartition = région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	7

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

- **Mention de ressort territorial**

NRI MENTION A EXCLUSIVE		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	0	0
92	0	0
93	1	1
94	0	0
Grande couronne		
77	1	1
78	1	1
91	1	1
95	1	1
Total	**5**	**5**

- **Mention de ressort régional**

NRI MENTION B		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	7	7

- **Récapitulatif régional**

Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Nombre total d'implantations A exclusives	5	5
Nombre total d'implantations B	7	7
Nombre total d'implantations A+B	12	12

Activité de médecine d'urgence

La fiche 15 « médecine d'urgence » qui suit est issue de la révision du PRS de juin 2025. Elle se substitue à la fiche « médecine d'urgence » qui avait été formulée lors de la publication initiale du PRS3 en novembre 2023. Cette nouvelle mouture est liée à la publication en décembre 2023 des décrets fixant les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de la médecine d'urgence.

L'offre en Île-de-France en avril 2025

Les structures d'urgences (SU) adultes et pédiatriques (SUP) occupent une place centrale dans l'organisation de l'offre de soins non programmés francilienne.

La médecine d'urgence évolue, s'éloignant parfois de sa mission de prise en charge des urgences vitales et ressenties, pour répondre à des besoins en soins qui relèveraient davantage d'autres filières de prise en charge.

En s'appuyant sur le développement du SAS[67], la mise en place de la réorientation vers la ville depuis l'accueil des urgences ou encore sur le déploiement de coordonnateurs de parcours dans les SU, la médecine d'urgence participe à la structuration de parcours de soins non programmés garantissant à chaque francilien un accès aux soins de qualité.

La médecine d'urgence s'articule de façon cohérente, alliant conformément aux textes réglementaires, la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficience (SAMU), une prise en charge rapide au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents (SU et SUP)

La région Île-de-France dispose d'un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers qui permet d'assurer pour la quasi-totalité des Franciliens une couverture en moins de 30 minutes, conformément aux orientations nationales. La densité régionale en structure d'urgence avoisine la densité nationale, qui est à environ d'une SU pour 100 000 habitants. Il peut donc être estimé que le besoin en matière de structure d'urgence est suffisamment couvert sur la région.

L'offre francilienne totalise, en avril 2025, 89 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence parmi lesquels :

- 86 établissements autorisés pour une SU dont 30 également autorisés pour une structure des urgences pédiatriques ;

67 Service d'accès aux soins

- 3 établissements autorisés pour une structure d'urgence pédiatrique ;
- 36 SMUR ;
- 5 SMUR pédiatriques ;
- 8 SAMU ;
- par ailleurs l'Île-de-France est dotée d'un HéliSMUR.

Depuis plusieurs années, cette offre est régulièrement déstabilisée par les fermetures et délestages programmés ou non de certaines SU et lignes de SMUR. Ces difficultés à maintenir l'offre existante s'expliquent aussi bien par un défaut de personnel médical et paramédical que par une saturation des lits d'aval.

Le 30 décembre 2023, les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement de la médecine d'urgence ont été publiés. Cette réforme permet une adaptation de l'organisation de l'offre de médecine d'urgence en regard des difficultés constatées ces dernières années mais a également pour objectif de replacer le patient dans la bonne filière de soins.

L'accueil des enfants et adolescents dans les services d'urgence

Les urgences pédiatriques sont prises en charge au sein de :

- 3 SUP (56 000 à 86 000 passages annuels par SUP),
- 86 SU, dont 30 sites également autorisés pour une structure des urgences pédiatriques (dont 16 sites accueillant plus de 30 000 enfants chaque année).

La réforme des autorisations de médecine d'urgence rappelle l'importance de la prise en charge de tout patient se présentant dans une structure d'urgence, y compris les enfants. La mise en place d'un parcours pédiatrique spécifique est nécessaire en cas de flux important d'enfants. Cette organisation est déjà en place dans de nombreuses structures d'urgences pédiatriques. Ces établissements doivent ainsi remplir l'ensemble des conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement requises pour une autorisation de structure des urgences pédiatriques.

Les nouveaux décrets ne précisent pas de bornes d'âge spécifiques pour les patients pris en charge dans les structures d'urgence pédiatriques. Il appartient donc aux établissements d'adapter leurs prises en charge aux patients se présentant dans leurs services.

Pour les SMUR pédiatriques, une régulation régionale des transports secondaires pédiatriques a pu être mise en place dans le courant du PRS2.

Sur les dernières années, les structures d'urgences pédiatriques et toute la filière d'aval ont été mises en grande difficulté notamment à l'occasion des

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

épidémies automno-hivernales mais aussi par un afflux d'enfants et d'adolescents présentant des signes de souffrance psychique.

Une grande particularité des structures de médecine d'urgence pédiatrique (en dehors des 3 SUP) est leur intégration au service d'hospitalisation de pédiatrie du site, une gouvernance commune et une mutualisation sont possibles. Cette organisation facilite par exemple la fluidité d'aval des urgences mais fragilise les équipes. Ces difficultés ont été responsables de la fermeture d'un site d'urgence pédiatrique dans les Hauts-de-Seine et durant l'hiver 2022- 2023 de la mise en place d'un accès régulé aux urgences depuis octobre 2022 dans un site des Yvelines.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les principaux objectifs de la réforme des autorisations de médecine d'urgence sont :

- offrir de nouvelles modalités d'accueil et de prise en charge des patients dans une filière de soins non programmés adaptée à leurs besoins ;
- renforcer les parcours des patients accueillis aux urgences qui relèvent de filières spécifiques grâce à la constitution d'un réseau des urgences regroupant plusieurs spécialités ;
- reconnaitre l'identification d'urgences spécialisées pour certaines activités.

Conformément aux articles R.6123-1 et R.6123-4, R.6123-5, R.6123-8, R.6123-9 du Code de la santé publique, les modalités d'exercice de la médecine d'urgence sont soumises à autorisation et se distinguent en Île-de-France selon trois modalités déclinées en plusieurs mentions :

- SAMU (Service de l'Aide Médicale Urgente) ;
- SMUR (Service mobile d'Urgence et de Réanimation terrestre et héliporté) ;
- SMUR pédiatriques ;
- Structures d'urgences (SU) ;
- antennes de médecine d'urgence ;
- structures d'urgences pédiatriques.

La région Île-de-France dispose également d'un SAMU de coordination zonale et d'une régulation régionale pédiatrique. Ces deux missions sont portées par le SAMU de Paris.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Médecine d'urgence	Structure des urgences adulte Antenne de médecine d'urgence Structure des urgences pédiatriques Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) adulte	Services d'aide médicale urgente (SAMU adulte et SAMU pédiatrique) SMUR pédiatrique	

Évaluation des besoins à 5 ans

L'Île-de-France se distingue par une densité importante de structures d'urgence à haut volume d'activité. Cette spécificité constitue un défi dans les capacités d'évolution et d'adaptation du réseau francilien.

Une progression tendancielle de l'activité

Malgré les différentes mesures mises en place depuis plusieurs années, comme le SAS ou la Mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences visant à diminuer le passage des patients de plus de 75 ans, l'activité dans les SAU continue de progresser, atteignant 4 234 810 passages en 2024 *versus* 3 765 955 passages en 2019 (+ 12,45 %), intégration faite de la forte diminution d'activité pendant la crise Covid-19. Ces résultats sont à analyser au regard de l'amélioration de la remontée des RPU.

Pour l'activité préhospitalière, le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est passé de 1 679 341 en 2019 à 2 097 619 en 2022 (+ 19,94 %) alors que le nombre de sorties SMUR (primaires, secondaires et TIIH) a diminué, passant de 112 806 en 2019 à 101 559 en 2022 (- 11,07 %). Ces résultats sont le reflet de la montée en charge des SAS dans notre région.

Une prise en charge renforcée pour certains publics

Certains publics requièrent une attention particulière, qui nécessite une prise en charge spécifique au sein de la structure d'urgence. Les personnes âgées en font partie et le vieillissement de la population implique de renforcer la qualité de leurs prises en charge. Si l'admission directe des patients âgés est à privilégier, les SU constituent leur accueil principal, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur état physique et mental. En 2023, 36 % des personnes de plus de 75 ans prises en charge aux urgences y restaient plus de huit heures[68]. Le taux d'hospitalisation étant important pour ce public, la fluidification de l'aval des urgences est impérative.

Par ailleurs, les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique aux urgences impliquent une prise en charge renforcée. Le taux d'hospitalisation des patients pour motif psychiatrique étant plus élevé que pour d'autres motifs, les capacités de prise en charge au sein de la SU et la fluidification de l'aval restent des enjeux majeurs.

Des évolutions liées aux modifications du cadre réglementaire, notamment avec la création d'urgences spécialisées

D'un point de vue organisationnel, les textes appellent à une modification des pratiques au sein des structure des urgences. Si tous les patients se présentant aux urgences se doivent d'être accueillis, la réforme des autorisations formalise la pratique de la réorientation des patients vers la ville lorsque leur prise en charge ne relève pas de la médecine d'urgence.

Le nouveau cadre réglementaire introduit également la notion d'urgences spécialisées, qui sont des plateaux techniques spécialisés directement accessibles par les patients à tout moment (article R6123-32-2 du CSP). Ces urgences spécialisées ne relèvent pas d'une autorisation de structure d'urgence. Des guides par spécialité, en cours de rédaction par le Ministère en charge de la santé et de l'accès aux soins permettront d'affiner les modalités organisationnelles. Conformément aux textes, les activités priorisées seront les urgences ophtalmologiques et les urgences mains.

Des structures d'urgence à réorganiser au vu des difficultés persistantes en ressources humaines

Au vu de l'évolution d'activité et de l'accroissement du déficit en ressources humaines sur notre territoire, le maintien de l'offre et une répartition des moyens sont à prévoir. À ce titre, la réforme des autorisations permet la mise en place d'antennes de médecine d'urgence. L'équipe médicale d'une antenne est alors mutualisée avec une structure des urgences ouverte H24, permettant ainsi, dans des territoires particulièrement en tension, de maintenir une offre cohérente avec les ressources humaines en regard.

68 Enquête « Urgences », DREES, 2023.

L'antenne de médecine d'urgence devra ainsi répondre aux obligations réglementaires suivantes :

- Ouverture a minima 12h consécutives tous les jours de l'année,
- Présence d'un SMUR sur site ou SMUR accessible en 30 minutes sur le territoire de l'antenne sous réserve d'une dérogation du DG ARS,
- Mise en place d'une équipe commune territoriale, a minima médicale,
- Mise en place d'une organisation de l'UHCD en cohérence avec les horaires d'ouverture de l'antenne.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- **Optimiser les organisations tout en garantissant une offre suffisante de structures d'urgence et d'antennes de médecine d'urgence** : les créations d'activité interviendront uniquement par recomposition de l'offre existante, avec une application des nouvelles dispositions, notamment en ce qui concerne la mutualisation de l'équipe médicale avec une structure des urgences ouverte en permanence. L'impact territorial d'une transformation en antenne devra être prise en compte, afin de ne pas déstabiliser le territoire.
- **Optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville** via plusieurs actions phares :
  - Favoriser la mise en place de protocoles de réorientation depuis la SU vers la ville, notamment via le SAS et les CPTS ;
  - Mettre en place un coordonnateur de parcours dans chaque structure d'urgence.
- **Optimiser la régulation territoriale** : en matière de régulation, réaffirmer le rôle pivot du SAMU/SAS, garant de l'organisation de l'offre de soins de proximité, départementale mais aussi régionale pour tout ce qui est filière (caisson hyperbare, trauma center, grands brûlés…).

  Pour le SMUR, l'organisation des unités mobiles paramédicalisées hospitalières (UMHP) ainsi que les transferts infirmiers inter hospitaliers (TIIH) pourra se développer sur l'ensemble du territoire à moyens constants.

  Dans l'objectif d'optimisation des organisations, la réforme des transports sanitaires urgents (TSU) prévoit la formalisation d'une convention tripartite entre le SAMU, l'ATSU[69] et le SDIS[70]. Cette convention a pour but de définir les modalités de coopération entre les acteurs afin d'optimiser l'organisation des moyens ambulanciers pour s'adapter aux besoins de la population.
- **Améliorer l'aval des urgences** : pour la gestion des lits, des cellules devront être mises en place dans tous les établissements de santé.

  Les actions menées au titre de la mesure 5 du PACTE de refondation des Urgences doivent continuer de se développer.
- **Mieux anticiper les périodes de tension sur les structures d'urgence pour organiser l'offre de soins lors de ces périodes** : l'Agence insiste sur la nécessité des établissements sièges de SU de s'organiser en amont de périodes de tension plus ou moins prévisibles, notamment par l'élaboration et la mise à jour régulière d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PTGHSSE).

  La mise en place de protocoles de réorientation et de sortie des patients construits avec la ville est préconisée et fera l'objet d'un suivi.

  En outre, trois plans et doctrines régionales sont identifiés et doivent être connus par les structures concernées :
  - le plan de montée en puissance des SAMU, (reprenant la partie réserve opérationnelle du plan rebond élaborée pendant la période COVID) ;
  - la doctrine régionale relative au délestage d'une structure d'urgence ;
  - la doctrine régionale relative à la régulation de l'accès aux urgences (dans le but d'encadrer la mise en place d'une régulation de l'accès à un service d'urgence pour une durée déterminée et en cohérence avec l'offre du territoire).
- **Mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences et des soins non programmés** : le travail d'analyse des données se poursuit, il y a un enjeu financier important à fiabiliser les RPU[71] qui sont la base du financement des urgences que ce soit en termes de qualité, d'actes ou de dotation populationnelle. Un appui auprès des éditeurs de logiciels doit être envisagé.

  Les outils de prédiction et de surveillance des tensions doivent être améliorés, notamment l'indicateur « lits brancards » qui doit être développé. Le déploiement du SI-SMUR (système d'informatisation des

69 ATSU : association départementale de transports sanitaires urgents

70 SDIS : service départemental d'incendie et de secours

71 RPU : résumés de passage aux urgences

SMUR) « SMUR CONNECT » sur l'ensemble de la région d'ici la fin de l'année 2025 permettra d'évaluer plus finement l'activité de notre territoire.

- **Améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures** : les infirmiers en pratique avancée (IPA) doivent contribuer à l'accueil des urgences. Les retours d'expériences des structures des urgences accueillant des IPA devront être effectués, pour définir précisément leur positionnement dans l'organisation des services d'urgence.

  Une attention particulière sera portée aux conditions matérielles d'exercice (logistique) et aux modalités d'accompagnement apportées aux professionnels en cas de litige.

  L'activité la plus attractive reste le SMUR, les conditions de travail en régulation et au sein du SAU étant considérées comme plus pénibles par les professionnels. Les postes à temps partagés et la mutualisation doivent être progressivement généralisés sur la région afin de favoriser l'attractivité de la médecine d'urgence.

- **Mieux répondre aux besoins urgents en psychiatrie** : la coopération entre médecine d'urgence et psychiatrie doit être renforcée à toutes les étapes du parcours :
  - en amont, en particulier via le déploiement progressif d'une régulation spécialisée en psychiatrie adossée aux SAS et l'inclusion d'un plus grand nombre de patients suicidants dans le dispositif Vigilans de veille de la réitération suicidaire ;
  - dans l'accueil et la prise en charge des urgences, par l'organisation au sein des SAU de l'accès à un avis ou un accueil spécialisé renforcé et dans des locaux spécifiquement adaptés si le nombre de passages l'exige ;
  - en aval, pour assurer l'accès plus rapide aux soins de post-urgence, en hospitalisation quand cela est nécessaire, comme à temps partiel ou en ambulatoire, à chaque fois que cela est possible.

Les indicateurs suivis pour évaluer la mise en œuvre du PRS sont :

- la mise en place de protocoles de réorientation et le nombre de réorientations réalisées ;
- la diminution du nombre de lits brancards ;
- la transmission automatisée des interventions SMUR.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

SMUR

Hauts-de-Seine : nouvelle implantation pour couvrir le nord du territoire en prévision de la fermeture prévue d'un site hospitalier dans le nord du département.

Structures des urgences

La cible restant un maintien de l'activité existante, il n'est pas envisagé de diminution de la borne basse concernant les structures des urgences, sauf à Paris, en raison d'une régularisation programmée du nombre d'implantations, pour tenir compte d'activités d'urgences spécialisées, dans le contexte d'évolution réglementaire lié aux plateaux techniques spécialisés d'accès direct.

Cependant, des transformations de structures d'urgence en antenne de médecine d'urgence pourraient intervenir dans certains territoires.

Par ailleurs, dans le cadre d'une opération de recomposition dans le nord de l'Essonne, le nombre d'implantations a récemment évolué pour les services d'urgences pédiatriques.

Antennes de médecine d'urgence

Pour l'ensemble du territoire régional, la borne basse d'antennes de médecine d'urgence, est fixée à zéro, car cette activité n'existe pas dans l'offre de soins en avril 2025. Les créations d'antennes de médecine d'urgence interviendront uniquement par recomposition de l'offre de SU existante. Afin de ne pas déstabiliser l'offre et d'assurer une couverture suffisante en SU, seuls certains territoires pourraient être concernés par la mise en place d'antennes de médecine d'urgence.

Toute demande d'autorisation d'antenne de médecine d'urgence sera étudiée en fonction de l'impact sur le territoire et de la capacité à s'organiser en équipe commune, notamment médicale, avec une structure d'urgence ouverte H24.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

SERVICES D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
Grande couronne			
77	1	1	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	1	1	1
Total	**8**	**8**	**8**

SERVICES MOBILES D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR) ADULTE			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	4	4	4
92	2	2	3
93	4	4	4
94	2	2	2
Grande couronne			
77 nord	3	3	3
77 sud	5	5	5
78 nord	2	2	2
78 sud	2	2	2
91 nord	3	3	3
91 sud	3	3	3
95 est	1	1	1
95 ouest	2	2	2
95 sud	2	2	2
Total	**35**	**35**	**36**

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

SERVICES MOBILES D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR) PÉDIATRIQUE			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	2	2	2
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
Grande couronne			
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
95	1	1	1
Total	**5**	**5**	**5**

STRUCTURES DES URGENCES (SU)			
Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	13	11	13
92	11	11	11
93	12	12	12
94	9	9	9
Grande couronne			
77 nord	5	5	5
77 sud	6	6	6
78 nord	6	6	6
78 sud	5	5	5
91 nord	5	5	5
91 sud	5	5	5
95 est	2	2	2
95 ouest	4	4	4
95 sud	3	3	3
Total	**86**	**84**	**86**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

STRUCTURES DES URGENCES (SU) PÉDIATRIQUES			
Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	3	3	3
92	4	4	4
93	5	5	5
94	4	4	4
Grande couronne			
77 nord	3	3	3
77 sud	3	3	3
78 nord	2	2	2
78 sud	2	2	2
91 nord	1	1	1
91 sud	2	2	2
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	2	2	2
Total	33	33	33

ANTENNE DE MÉDECINE D'URGENCE			
Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	0	0	0
92	0	0	1
93	0	0	1
94	0	0	0
Grande couronne			
77 nord	0	0	0
77 sud	0	0	0
78 nord	0	0	1
78 sud	0	0	1
91 nord	0	0	1
91 sud	0	0	0
95 est	0	0	1
95 ouest	0	0	1
95 sud	0	0	1
Total	0	0	8

Activité de soins critiques

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

La notion de soins critiques est une notion qui apparaît pour la première fois, au sens juridique du terme, avec la réforme des autorisations des activités de soins, et plus particulièrement dans les décrets n° 2022-690 et n° 2022-694 du 26 avril 2022.

Avant la réforme, trois types d'activités de soins étaient reconnus :

- **La réanimation**, caractérisée par le fait de prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aigües mettant directement en jeu le pronostic vital, et par le fait de recours à plusieurs méthodes de suppléance.
- **Les soins intensifs**, caractérisés par le fait de prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité mettant en jeu le pronostic vital, et par le fait de recourir à une méthode de suppléance.
- **La surveillance continue**, caractérisée par le fait de prendre en charge des patients nécessitant, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une surveillance clinique et biologique répétée et méthodique.

Pour la modalité Adultes

L'organisation des soins reposait sur une architecture à trois niveaux dans laquelle seule l'activité de réanimation était soumise à autorisation. Les activités de soins intensifs et de surveillance continue bénéficiaient d'une reconnaissance contractuelle. Pour les activités de soins critiques adultes, cette régulation partielle a conduit à la multiplication des unités de surveillance continue isolées, caractérisées par une grande hétérogénéité de fonctionnement.

Le principal enjeu de cette réforme des autorisations est de construire un système de soins critiques suffisamment fluide pour faire face à l'augmentation attendue des besoins, notamment liée au vieillissement de la population et aux situations sanitaires exceptionnelles.

Pour ce faire, la réforme des autorisations soumet désormais à autorisation les activités de réanimation et les activités de soins intensifs. Elle met en place une architecture à cinq mentions dont trois dédiées spécifiquement aux soins intensifs de spécialité (unités de soins intensifs cardiologiques,

unités de soins intensifs de neurologie vasculaire et unités de soins intensifs d'hématologie). Dans cette nouvelle architecture, les actuelles unités de surveillance continue ont vocation à se répartir en différents types d'unités :

- les unités de surveillance continue adossées à des réanimations ont vocation, quand elles remplissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement, à devenir des unités de soins intensifs polyvalents (mention 1) ;
- une partie des unités de surveillance continue non adossées à des réanimations ont vocation, quand elles remplissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement, à devenir des unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires (mention 2). Celles qui ne deviennent pas des unités de soins intensifs polyvalents, si elles fonctionnent conformément au cahier des charges national (non publié au 1er octobre 2023), pourront conserver leur reconnaissance contractuelle d'USC de façon temporaire ;
- par ailleurs, la réforme des autorisations vise à faciliter la création d'unités de soins intensifs spécialisées. Ainsi, si les unités de soins intensifs de cardiologie, les unités de soins intensifs de neurologie vasculaire et les unités de soins intensifs d'hématologie sont soumises à autorisation par une mention dédiée, les autres unités de soins intensifs d'organe relèvent par défaut de la mention 1 : « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant ».

Pour la modalité Enfant

L'ancien cadre réglementaire prévoyait une architecture à quatre mentions (réanimation spécialisée, réanimation, soins intensifs, surveillance continue), dans laquelle seuls les services de réanimation étaient soumis à autorisation. Le nouveau cadre réglementaire prévoit également une architecture à quatre mentions, mais les contours n'en sont pas les mêmes.

- Deux mentions sont dédiées à la réanimation, intitulées : « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » (mention 1) et « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » (mention 2). La distinction entre réanimation de recours et réanimation réside principalement dans le niveau de complexité et de rareté des prises en charge, ainsi que le seuil d'activité. Comme en soins critiques adultes, il est prévu que des unités de soins critiques polyvalents soient contiguës à une unité de réanimation pour constituer un plateau de soins critiques offrant une flexibilité d'organisation.
- Une mention « Soins intensifs polyvalents dérogatoires » apparaît, et devrait se substituer aux reconnaissances contractuelles de surveillance continue pédiatrique, pour les services qui le demanderont et rempliront les conditions réglementaires (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement).
- Une mention est spécialement dédiée aux soins intensifs pédiatriques d'hématologie.

Rappel de l'impact des autorisations de soins critiques

Avant la réforme		Après la réforme		
activité	**Mode de régulation**	**activité**	**Mode de régulation**	**Filière**
Réanimation adulte	Autorisation	**SOINS CRITIQUES MENTION 1 =** **réanimation** **+** **soins intensifs de spécialité (hors USIC, USINV et USI hémato)** **+** **unité de soins intensifs polyvalents USIP (ex unité de surveillance continue adossée à la réanimation)**	Autorisation de soins critiques adulte mention 1 (réa + USIP conventionnelle + USI quelle que soit la spécialité hors USIC, USIH, USINV) Il y a donc 1 autorisation pour 2 ou 3 types d'activités, selon les établissements. Pour toutes les USI spécialisées à l'exception des USIC, des USINV et USIH, l'autorisation de soins critiques mention 1 autorise à disposer d'autant d'USI spécialisées que le souhaite l'établissement, sous réserve que ces USI spécialisées soient mentionnées dans la décision d'autorisation.	Soins critiques
Soins intensifs de spécialité	Reconnaissance contractuelle			
USC	Reconnaissance contractuelle	Unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires (ex Surveillance continue non adossée à une réanimation)	Autorisation de soins critiques adulte mention 2	Soins critiques
		Surveillance continue non adossée à une réanimation	Unité de surveillance renforcée, n'appartenant pas au champ des soins critiques. Mode de régulation encore inconnu	Non connue
Soins intensifs de cardiologie	Reconnaissance contractuelle	Soins intensifs de cardiologie	Autorisation de soins critiques adulte mention 3	**Cardiologie**
Soins intensifs de neurologie vasculaire	Reconnaissance contractuelle	Soins intensifs de neurologie vasculaire	Autorisation de soins critiques adulte mention 4	**Neurologie**
Soins intensifs d'hématologie	Reconnaissance contractuelle	Soins intensifs d'hématologie	Autorisation de soins critiques adulte mention 5	**Hématologie**

Pour toutes les modalités et mentions de soins critiques

La réforme des autorisations précise, pour chaque mention, le capacitaire minimum des unités de soins, les équipements biomédicaux requis, les ratios d'effectifs non médicaux et les grands principes des organisations médicales. Certaines de ces règles sont communes. Toute unité de soins critiques doit :

- disposer sur site :
  - d'un outil informatisé de gestion des lits mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques,
  - d'outils numériques nécessaires aux activités de télésanté,
  - d'un dossier patient numérisé adapté à l'organisation des soins critiques,
  - d'un plan de flexibilité de l'organisation de son capacitaire et de ses ressources humaines permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle,
  - d'un plan de formation aux soins de réanimation ;
- contribuer à une ou plusieurs filières de soins territoriales :
  - les unités de soins intensifs de cardiologie font partie de la filière territoriale de soins des pathologies cardiovasculaires aiguës,
  - les unités de soins intensifs de neurologie vasculaire font partie de la filière de soins des accidents vasculaires cérébraux,
  - les unités de « réanimation et soins intensifs » et de « soins intensifs polyvalents dérogatoires » font partie de la filière de soins critiques adultes et participent à la filière de soins critiques pédiatriques,
  - les unités de soins intensifs d'hématologie font partie de la filière territoriale de soins des pathologies hématologiques,
  - les unités de soins critiques pédiatriques font partie de la filière territoriale de soins critiques pédiatriques.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Par conséquent, le plan du chapitre Soins critiques est le suivant :

MODALITÉ ADULTES • Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant • Soins intensifs polyvalents dérogatoires	Fiche Soins critiques (page 565)
MODALITÉ PÉDIATRIQUE • Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant • Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant • Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	Fiche Soins critiques (page 578)
MODALITÉ ADULTES • Soins intensifs de cardiologie	Fiche Soins critiques (page 586)
MODALITÉ ADULTES • Soins intensifs de neurologie vasculaire	Fiche Soins critiques (page 592)
MODALITÉ ADULTES et PÉDIATRIQUE • Soins intensifs d'hématologie et soins intensifs pédiatriques d'hématologie	Fiche Soins critiques (page 598)

Modalité Adultes

Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant, et soins intensifs polyvalents dérogatoires

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'Île-de-France comporte 66 établissements autorisés pour l'activité de réanimation dont 44 établissements publics, 15 établissements privés, 8 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 1 établissement privé non lucratif. À cette liste s'ajoutent 2 établissements du service de santé des armées (SSA). Au total, on dénombre 95 services de réanimation répartis sur l'ensemble du territoire, incluant des services de réanimation des grands brûlés et des services de réanimation de chirurgie cardiaque.

À côté de cette activité de réanimation, l'offre de surveillance continue est plus complexe. Selon les textes et recommandations en vigueur, et jusqu'au 1er juin 2023 (date de mise en application des nouveaux décrets encadrant l'activité de soins critiques), chaque établissement disposant d'une activité de réanimation doit aussi disposer d'une activité de surveillance continue (soumise jusqu'alors à un dispositif réglementaire de reconnaissance contractuelle).

À date, 56 établissements disposent d'une reconnaissance contractuelle d'unité de surveillance continue (USC) sans autorisation de réanimation (USC isolées), dont le rôle est d'assurer des prises en charge de patients à risque de développer des défaillances d'organes dans les suites d'une admission directe ou lors d'un parcours de soins identifié (ex. prise en charge post-opératoire).

Le capacitaire régional autorisé pour l'activité de réanimation est de 1 144 lits autorisés (selon la base ARHGOS recensant le nombre de lits contractualisés au CPOM des établissements).

Le capacitaire reconnu de la totalité des lits d'USC est de 1 322 lits (source ARHGOS, 2021), dont 418 lits répartis au sein des USC isolées.

Au niveau régional, la densité moyenne du nombre de lits est de 9,36 lits de réanimation pour 100 000 habitants, plaçant l'Île-de-France parmi les trois régions françaises les plus dotées en lits de réanimation (avec les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Grand-Est).

La répartition du capacitaire de lits de réanimation comme celui d'USC est hétérogène, avec une concentration à Paris et en petite couronne concordante avec la répartition de l'offre hospitalière francilienne.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Les cartes ci-dessous montrent la répartition des implantations de réanimation, d'USC et d'USC isolées sur le territoire francilien en 2023. Les proportions de lits sont calculées par rapport au nombre de lits de la région. Les densités en lits sont exprimées en nombre de lits pour 100 000 habitants, à l'échelle départementale.

PARIS – PETITE COURONNE

Source ARHGOS

GRANDE COURONNE

Source ARHGOS

En raison de la pandémie de Covid-19, les années 2020 et 2021 ont fortement impacté et perturbé l'activité de soins critiques, sans pour autant qu'il y ait eu un retentissement significatif sur le nombre de séjours enregistrés dans les services de réanimation, notamment en raison des stratégies de déprogrammation.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Hors situation sanitaire exceptionnelle, à l'échelle régionale, on estime à 30 % la proportion de lits de réanimation occupés par des patients issus de soins programmés.

Données d'activités de réanimation (hors réanimation grands brûlés), données PMSI

	2019	2020	2021
Nombre de séjours	62 911	63 515	60 130
Provenance (en pourcentage) des séjours de réanimation réalisés			
Chirurgie	45,4	38	38,3
Médecine	53,9	61,4	60,7
Obstétrique	0,7	0,7	0,3
Durée moyenne de séjour (en jours)	5,9	7	7,5
IGS 2	41	40	39
Âge moyen (en années)	62,7	62,4	61,4
Mortalité en réanimation (en pourcentage des séjours de réanimation)	13,2	15,5	15,2

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Pour la réanimation et les soins intensifs polyvalents, les objectifs de la réforme des autorisations de soins critiques sont :

- le regroupement des capacités de prise en charge modulables,
- la consolidation des équipes formées aux soins critiques,
- la mise en place d'un dispositif spécifique régional chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques qui la composent ; la mutualisation des expertises et du partage d'informations nécessaires à l'organisation des prises en charge courantes et exceptionnelles en situation de crise.

En conséquence, le décret fixant les conditions d'implantation prévoit, pour tout titulaire d'une autorisation de soins critiques : des obligations renforcées (art. D. 6124-27-2), issues de l'expérience liée à la crise sanitaire due à la pandémie de Covid-19, concernant la dotation d'outils informatisés pour la gestion des lits (interconnectés avec les outils de régulation territoriale), pour les activités de télésanté et pour la gestion du dossier médical, ainsi que l'existence d'un plan de flexibilité du capacitaire fonctionnel (associé à un plan de formation en ressources humaines adéquates) en vue d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation.

Les conditions d'implantation précisent, notamment, que les titulaires de l'autorisation d'unités de soins intensifs polyvalents (USIP) dérogatoires devront disposer sur site de moyens d'hospitalisation de chirurgie adaptés à l'âge ainsi que d'un secteur opératoire.

En complément de conditions d'implantation renforcées, les décrets apportent des précisions sur les modalités d'organisation de la permanence des soins dans chacune des mentions, ainsi que sur les seuils de capacitaires minimaux requis.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins critiques adultes		Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant Soins intensifs polyvalents dérogatoires	

Évaluation des besoins à 5 ans

Les objectifs du PRS2, résumés dans le tableau qui suit, sont globalement atteints en dehors du taux de prélèvements d'organes. L'offre de soins critiques est suffisante en réanimation et des reconnaissances contractuelles d'USC ont été accordées durant le PRS2. La crise sanitaire liée au Covid-19 a permis l'identification et la cartographie des conventionnements entre établissements dotés d'USC isolées avec les établissements de proximité dotés de réanimation. La modularité de l'offre a été testée lors de cette même crise sanitaire, permettant d'absorber quasiment trois fois plus de patients requérant des soins de réanimation que le capacitaire théorique installé. Même si des progrès indéniables d'interopérabilité restent à faire, les systèmes d'information, notamment en ce qui concerne la gestion des lits en temps réel, ont été renforcés. L'activité des USC isolées reste difficilement caractérisable, justifiant en partie de bien délimiter le champ des soins critiques au travers de l'application des nouveaux décrets et de la future mention USIP dérogatoire.

Consolider l'offre de soins critiques en Île-de-France	
Territorialiser	
Encadrement des USC isolées	
Télémédecine	
Moduler l'offre / saisonnalité	
Renforcer les systèmes d'information	
Améliorer le taux de prélèvements d'organes	
Maîtriser l'émergence des BMR (bactéries multi-résistantes)	
Monitorer l'activité	

Le rapport IGAS sur les soins critiques de juillet 2021 a préconisé certains points, notamment :

- plutôt que de créer de nouveaux lits, le rapport IGAS préconise de privilégier l'ouverture des lits déjà autorisés mais fermés par manque de personnel ;
- à l'échelle nationale, si les besoins ne vont cesser d'augmenter compte tenu du vieillissement de la population, la **fluidification des parcours des patients** devrait permettre une augmentation raisonnée du capacitaire en réanimation. En effet, l'ouverture de lits supplémentaires semble incontournable pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population. Toutefois, 50 % de ce capacitaire supplémentaire théorique pourrait être évité par le développement de structures d'aval capables de prendre en charge des patients hospitalisés en réanimation sur une longue durée, et avec une augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux formés ;
- le renforcement des liens entre la réanimation et la rééducation est nécessaire, avec le développement des services de rééducation post-réanimation (SRPR) et la généralisation de l'intervention des équipes mobiles de rééducation dans les unités de réanimation.

Les relevés réguliers d'activité montrent que l'Île-de-France est bien dotée en lits de réanimation et dispose de reconnaissances contractuelles pour un capacitaire très conséquent en lits d'USC. Hors situation sanitaire exceptionnelle, le capacitaire de réanimation est suffisant pour couvrir les besoins populationnels, que ce soit en activité générale comme en activité de recours (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, réanimations médicales et chirurgicales spécialisées). Néanmoins, dans le cadre d'augmentations ciblées d'implantations et/ou de capacitaire en lits de réanimation, celles-ci doivent se faire au profit de la grande couronne et/ou de territoires aux conditions socio-démographiques défavorables.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et aux variations saisonnières d'activité, une meilleure **élasticité des capacités de réanimation** est essentielle. À cet égard, au sein d'un plateau de soins critiques, les lits d'USIP doivent pouvoir se transformer en lits de réanimation. Cette élasticité passe également par une meilleure allocation des ressources humaines et par la capacité des établissements à rapidement mobiliser des renforts. La fidélisation du personnel paramédical est essentielle, d'autant que l'Île-de-France fait face à un turnover important.

Par ailleurs, le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques vise notamment à **limiter le nombre d'USC dites « isolées »**, c'est-à-dire sans unité de réanimation à proximité. Ainsi, certaines des actuelles USC dites isolées vont devenir des USIP dérogatoires, tandis que d'autres vont conserver leur reconnaissance contractuelle de façon temporaire. À ce jour, compte tenu de l'absence de critères formels permettant de distinguer les actuelles USC en capacité de devenir USIP, c'est sur la base du **nombre** des récentes autorisations dérogatoires de réanimation accordées au cours de la pandémie de Covid-19 qu'a été établi l'objectif quantitatif d'offre de soins d'USIP. Une révision du PRS3 avant son échéance est envisagée et permettra d'ajuster l'offre à l'aune du futur cadre national.

La démographie des professions de santé dans le secteur concerné est un point de vigilance, avec un déficit marqué en personnel paramédical ayant conduit, selon un registre déclaratif, à la non-fonctionnalité d'environ 15 % des lits de soins critiques durant les années 2021-2022. Un effort d'attractivité pour les professions paramédicales est essentiel afin de garantir la fonctionnalité complète des lits autorisés et installés. Concernant les ressources médicales, les futures compétences requises sont celles issues des filières de médecine intensive-réanimation (MIR) et/ou de médecine anesthésie-réanimation (MAR). La filière de soins critiques exigeant des impératifs forts de permanence des soins, la robustesse de celle-ci doit être soutenue.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Les objectifs qualitatifs identifiés sont les suivants :

- Connaître l'offre de soins
  - Afin de disposer d'une connaissance exhaustive de l'offre de soins critiques spécialisés (en dehors des USIC, USINV et USIH) lorsque les établissements développent des unités de soins intensifs spécialisées dans le cadre des autorisations de soins critiques de mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant », la décision d'autorisation mentionnera la spécialité d'organe concernée.
- Renforcer les filières de soins critiques
  - Mettre en adéquation l'offre de soins critiques telle qu'exigée par les décrets.
  - Fluidifier l'amont (adressage / régulation par le SAMU – SU) et l'aval (éviter les séjours indus, consolider l'offre des SRPR).
  - Favoriser les coopérations inter-statuts / inter-spécialités.
  - Mieux décrire les parcours de soins, leur pertinence.
  - Promouvoir les réseaux de soins.

Cet aspect nécessitera la mise en place d'un réseau permanent d'animateurs de filières sous la responsabilité du dispositif spécifique régional (DSR), tel que prévu dans l'article D. 6124-28-6.

- Ajuster le capacitaire
  - Soutenir les personnels médicaux et paramédicaux, principales clés du maintien d'un capacitaire effectif suffisant.
  - Porter une attention particulière à la régulation de l'offre de soins critiques afin de ne pas dégrader les conditions de prise en charge dans certains territoires.
  - Modéliser les besoins territoriaux et régionaux en soins critiques à l'aide d'outils fiables de prévisions.
- Veiller à la sécurité et à la qualité des soins
  - Encourager les réflexions médicales multidisciplinaires.
  - Maîtriser le risque nosocomial, lutter contre l'émergence de bactéries multi-résistantes.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

  - Améliorer les conditions de soins autour de la fin de vie en réanimation.
  - Mettre en place un dispositif de suivi régional de la mise en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (arrêté n° 16-145 fixant des indicateurs d'évaluation pour les autorisations de réanimation adulte en région Île-de-France).
- Moderniser
  - Favoriser les plans d'investissement de rénovation en vue d'améliorer l'ergonomie des unités de soins critiques (locaux, accessibilité, etc.) ainsi que la dotation en matériels de surveillance modernisés et adaptés.
  - Développer des systèmes d'information sûrs, interconnectables (y compris SAMU-SMUR), notamment en termes de gestion des lits disponibles en temps réel.
  - Développer des outils de prédiction d'activité en temps réel.
  - Encourager et faciliter les recours à la télémédecine.
- Enrichir et partager la connaissance
  - Encourager le financement de la recherche clinique, par le biais de registres de données coordonnés.

Trois points spécifiques sont à mettre en exergue :

- **Assurer la qualité et la sécurité des soins dans les structures dotées d'un capacitaire conséquent en soins critiques**
  - Pour assurer la sécurité des soins, au-delà de 20 lits de réanimation et/ou 40 lits d'USIP, il est recommandé que la permanence des soins soit assurée par une équipe médicale comportant au moins un médecin thésé.
  - Assurer un monitoring bisannuel des effectifs médicaux à partir des indicateurs suivants : ETP médicaux par lit de réanimation et ETP médicaux par lit de soins intensifs polyvalents, nombre de médecins participant à la permanence des soins, nombre de gardes mensuelles par médecin.
  - Selon l'instruction N° DGOS/R3/2023/47, pour la mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant », « l'organisation de la permanence médicale en dehors des services de jours est dédiée aux activités des deux unités, par conséquent elle est à différencier des gardes sur sites nécessaires aux autres activités de soins critiques ». Cette organisation devra faire l'objet d'une prise en compte dans le schéma de PDSES arrêté par l'ARS

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

dans le cadre du PRS.

– L'organisation des plannings médicaux doit être optimisée en vue de garantir une continuité des prises en charge sur plusieurs jours.

- **Le développement de l'activité de prélèvement d'organes** repose sur un maillage territorial visant à promouvoir l'activité de greffe en mobilisant l'ensemble des services (soins critiques, SAU, grande garde de neurochirurgie, trauma centers, etc.), mais également en accompagnant l'activité de prélèvement sur donneurs vivants et Maastricht III. À ce titre, les unités de soins critiques sont des acteurs centraux de ce maillage territorial.
- **Certaines salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI) impliquées dans la prise en charge primaire de patients dans des filières de recours spécifiques** (notamment : urgences neurochirurgicales, urgences neurovasculaires, urgences aortiques, urgences vitales traumatologiques, urgences gynéco-obstétricales…) contribuent de manière exceptionnelle à la filière de soins critiques. De par leur organisation spécifique actuellement en place, leur agilité fonctionnelle et leur volume d'activité, il convient de mieux structurer cette participation à la filière des soins critiques. Les conditions de prise en charge doivent y rester de courte durée avant une orientation médico-chirurgicale consolidée. Les conditions de prise en charge et de fonctionnement devraient être définies dans le cadre d'un cahier des charges régional.

RECUEIL DES INDICATEURS DE PILOTAGE POUR LA RÉANIMATION ET LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS POLYVALENTS

(conformément à l'instruction n° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques), **au moyen du dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques,** notamment :

Activités de soins critiques

- Nombre de patients admis par an ou nombre de journées d'hospitalisation
- Origine géographique des séjours
- Nombre de transferts dans d'autres unités de soins critiques faute de place
- Taux d'occupation des lits
- Durée moyenne de séjour
- Gravité des patients admis (IGS[72] médian à l'admission)
- Pourcentage de patients ventilés et dialysés
- Nombre de patients avec suppléance en vue d'un prélèvement multi-organes
- Taux de réadmissions précoces (dans les 24 heures après la sortie)
- Mortalité en réanimation, pratiques d'admission, nombre d'ECMO[73]

Refus d'admission

- Registre de refus : taux brut
- Motif de refus : non-indication, manque de place
- Taux de déprogrammation en période de tension

État du capacitaire

- Fonctionnel, disponible
- Motifs de fermeture
- Lits fermés

Ressources humaines

- Recrutement de paramédicaux
- Congés pour motif parental ou arrêts de travail prolongés
- Manque de personnel médical

72 IGS : index de gravité simplifié.

73 *Extracorporeal membrane oxygenation* (oxygénation par membrane extra-corporelle).

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Paris et petite couronne

À l'exception de la Seine-Saint-Denis, il n'a pas été identifié de besoins capacitaires supplémentaires en lits de réanimation. Pour ce département, la densité de lits de réanimation et d'USIP doit se rapprocher de la moyenne de la petite couronne.

Grande couronne

Les densités de lits de réanimation comme ceux de lits de surveillance continue sont inférieures à la moyenne régionale.

Le département du Val-d'Oise est sous-doté en lits de soins critiques par rapport au reste de la grande couronne.

Dans l'Essonne, un regroupement d'établissements récemment autorisé se traduira, lors de la mise en œuvre de l'opération courant 2024, par une légère augmentation du capacitaire, tout en maintenant le nombre d'implantations de réanimation.

Deux établissements de santé assurant la prise en charge de patients atteints de pathologies respiratoires lourdes, dans les départements de l'Essonne et de la Seine-et-Marne, pourraient obtenir, en fonction de leur projet d'établissement et de leur capacité à répondre aux exigences des décrets, soit une autorisation de réanimation, soit une autorisation de soins intensifs polyvalents dérogatoires.

Dans les Yvelines, deux restructurations de l'offre de soins critiques sont envisagées.

Dans tout le territoire régional, pour la mention USIP dérogatoire, la borne basse est fixée à 0, car cette activité n'existe pas dans l'offre de soins en octobre 2023. Le cadre réglementaire des « unités de soins renforcés » n'est pas publié et de nombreuses incertitudes demeurent, notamment en ce qui concerne les modalités de tarification de ces activités.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort territorial**

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

RÉANIMATION	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	15
92	11
93	9
94	7
Grande couronne	
77	6
78	8
91	6
95	4
Total	**66**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SOINS CRITIQUES MENTION 1 : RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS POLYVALENTS, ET DE SPÉCIALITÉS LE CAS ÉCHÉANT		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	15	15
92	11	11
93	9	9
94	7	7
Grande couronne		
77	6	7
78	7	8
91	6	7
95	4	5
Total	**65**	**69**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

L'activité de soins intensifs polyvalents dérogatoires n'existait pas précédemment dans le champ des autorisations.

SOINS CRITIQUES MENTION 2 : UNITÉ DE SOINS INTENSIFS POLYVALENTS DÉROGATOIRES		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	0	3
92	0	2
93	0	3
94	0	3
Grande couronne		
77	0	6
78	0	2
91	0	5
95	0	2
Total	0	26

Modalité Pédiatrique

Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant - Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant - Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

En octobre 2023, 6 réanimations pédiatriques sont autorisées et en activité en Île-de-France (1 unité de réanimation pédiatrique a fermé par regroupement durant la période du PRS2) :

- 5 de ces réanimations pédiatriques appartiennent à l'AP-HP (4 réanimations pédiatriques spécialisées et une réanimation pédiatrique avec une SRPR[74] adossée) ;
- la 6e dans les Hauts-de-Seine est spécialisée en cardiologie (ESPIC).

Deux de ces unités de réanimation sont mixtes, pédiatriques et néonatales. Le nombre de lits total autorisés en réanimation pédiatrique est de 78 (source ARHGOS).

Hors établissements avec réanimation pédiatrique, 20 établissements disposent de la reconnaissance contractuelle d'unités de surveillance continue (USC « isolées » : 18 unités de 4 lits, 1 unité de 2 lits dédiés à la neurochirurgie et 1 unité de 8 lits). Les USC isolées sont réparties de manière homogène sur le territoire (2 à 4 USC par département de la petite et de la grande couronne).

Dans les trois établissements pédiatriques parisiens disposant par ailleurs d'une unité de réanimation, plusieurs types d'unités de soins critiques sont identifiées : des USC polyvalentes à proximité ou non de l'unité de réanimation, des unités de soins intensifs (USI) spécialisées non contiguës à l'unité de réanimation (USI hématologiques, USI cardiologiques, USI néphrologiques/hépatogastro-entérologiques/hématologiques), une USI neurovasculaire contiguë, des USI chirurgicales. Le nombre de lits d'USC reconnu est de 294 (source ARHGOS).

L'activité globale francilienne en réanimation pédiatrique en 2021 est majoritairement réalisée dans les établissements de l'AP-HP avec 4 700 séjours, les 833 autres séjours sont réalisés dans un ESPIC. Sur l'ensemble de ces 5 533 séjours, 93 % ont donné lieu à un supplément réanimation et 67 %

74 SRPR : unité de soins de rééducation post-réanimation.

ont concerné des enfants de 0 à 4 ans. Le taux d'occupation en réanimation lissé sur l'année était de 105,5 %.

L'activité globale francilienne en unités de surveillance continue en 2021, soit 21 820 séjours, est répartie entre les hôpitaux de l'AP-HP (11 731 séjours) et les hôpitaux publics hors AP-HP ou ESPIC (10 289). Le taux d'occupation lissé sur l'année est de 78 % ; 83 % des séjours ont donné lieu à un supplément USC et 56 % des séjours ont concerné des enfants de 0 à 4 ans. Un acte de ventilation ou de ventilation non invasive était codé dans 38 % des séjours.

L'offre de soins critiques pédiatriques est marquée par des tensions majeures en personnel soignant, dans les professions suivantes : pédiatres, infirmiers, infirmiers puériculteurs, cadres de santé. Ces tensions ont un impact sur la continuité des soins. Certains établissements disposant de reconnaissances contractuelles ne les ont pas mises en œuvre faute de moyens humains.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les textes relatifs aux soins critiques pédiatriques ne s'appliquent pas aux soins critiques néonataux, ceux-ci sont régis par les textes relatifs aux activités de périnatalité.

La définition des bornes d'âge

Suite au décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques, les bornes d'âge de prise en charge sont modifiées : les unités de soins critiques pédiatriques devront prendre en charge tous les patients de moins de 18 ans (mention « Soins critiques pédiatriques »). Les besoins en soins critiques de cette tranche d'âge devront être pris en charge par les pédiatres. À titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients de moins de 18 ans pourront être pris en charge en soins critiques adultes sur site ou par convention (article R. 6123-34-4 - I).

Toutefois, dans le cadre d'une filière de soins pédiatriques, les enfants de plus de 15 ans pourront être pris en charge en soins critiques adultes sur site ou par convention (article R. 6123-34-4 - II).

Des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement renforcées

Les exigences réglementaires régissant les autorisations sont plus contraignantes qu'auparavant, notamment pour ce qui concerne l'encadrement soignant, l'environnement et les conditions d'hospitalisation. La notion de ratio évolue : le nombre de soignants par lit ouvert remplace celui de soignants par patient. En outre, l'équipe comprend au moins un infirmier diplômé d'État de puériculture sur quatre infirmiers diplômés d'État. Ces ratios seront exigés dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'autorisation.

Un plan de formation est exigé, prévoyant que tous les infirmiers soient formés à la réanimation. Pour les infirmiers affectés en réanimation, une période de formation de huit semaines est exigée, sauf expérience antérieure en réanimation.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins critiques pédiatriques	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant Réanimation et soins intensifs polyvalents pédiatriques, et de spécialité le cas échéant

Évaluation des besoins à 5 ans

Besoins en réanimation pédiatrique

Les données d'activités et les projections populationnelles suggèrent de maintenir le nombre actuel de sites de réanimation, sous réserve de la possibilité d'ouverture de la totalité des capacités en période de pic d'activité, et imposent de renforcer les structures d'aval pour une meilleure fluidité des parcours et une sortie facilitée des services de réanimation. Près d'un tiers des patients hospitalisés en réanimation pédiatrique en Île-de-France sont domiciliés hors région, ce qui impose de maintenir des capacités d'hospitalisation de recours spécialisés suffisantes (mention 1 et mention 2).

Besoins dans les autres activités de soins critiques pédiatriques (soins intensifs spécialisés hors soins intensifs d'hématologie pédiatrique, soins intensifs polyvalents)

Les données d'activité, les projections populationnelles, l'augmentation du recours aux soins critiques pour les pathologies hivernales et l'augmentation des maladies chroniques de l'enfant (à risque de complications),

conjuguées au besoin impératif de fluidifier l'aval des services de réanimation, poussent à maintenir des capacités de soins intensifs suffisantes. Ces capacités doivent être maintenues à la fois en établissement avec réanimation et pour les soins intensifs polyvalents en établissement sans réanimation en proximité. Les profils de patients sont sensiblement différents dans ces divers types d'unités.

Le rapport « flash » de l'IGAS sur les réanimations pédiatriques de 2019 préconisait déjà de poursuivre le déploiement des unités de soins critiques « isolées » dans les territoires. L'objectif est donc de maintenir le même nombre de structures et de valider la transformation des USC isolées en USI polyvalentes dérogatoires chaque fois que les conditions le permettront (conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation réglementaires). Dans le cas contraire, la sortie de ces unités de la filière de soins critiques pourrait être envisagée.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Consolider l'offre de soins critiques pédiatriques

L'offre de soins critiques pédiatriques doit être consolidée et doit intégrer le concept de plateau de soins critiques associant, pour les mentions 1 et 2, une unité de réanimation et une unité de soins intensifs contiguë. Une attention particulière est portée sur la fluidité de l'amont et de l'aval de ce plateau de soins critiques.

L'application de la réforme des autorisations va permettre une meilleure visibilité de cette offre de soins avec une description plus précise des unités de soins intensifs spécialisés, de leurs conditions d'implantation et de fonctionnement, avec un focus sur la permanence des soins médicale et non médicale.

En réanimation, il convient de vérifier le respect des seuils des deux types d'activités (400 patients pour la mention 1 et 200 pour la mention 2).

Pour les USI spécialisées, régies par une autorisation de soins critiques pédiatriques de mention 1 ou 2, il convient de disposer d'une organisation médicale et non médicale formalisée.

Dans les unités de soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires, une capacité minimale de 4 lits est exigée. Cette capacité pourra être augmentée à 8 lits si le besoin s'en fait sentir sur le territoire.

- Structurer la filière territoriale de soins critiques pédiatriques

Les coopérations territoriales, et notamment intra-GHT, seront favorisées.

Le titulaire de l'autorisation de soins critiques doit faire partie de la filière territoriale de soins critiques pédiatriques (dispositif spécifique régional) et participer à la filière territoriale de soins pédiatriques.

Les unités de soins continus isolées (établissements sans réanimation) qui bénéficiaient de reconnaissances contractuelles devront évoluer soit vers une unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires, et rester dans la filière de soins critiques, soit réintégrer la filière médicale. La présence de ces unités en proximité, a fortiori en petite et grande couronne, améliore la qualité et la sécurité des soins.

L'ARS, s'appuyant sur le dispositif spécifique régional soins critiques et sur la filière territoriale de soins pédiatriques, s'assurera :

- du maintien de structures de recours et de référence pour les pathologies les plus lourdes et les plus complexes sur la région ;
- du maintien de structures de soins intensifs dans l'ensemble des territoires ;
- de la fluidité des parcours en amont et en aval de la réanimation, d'une bonne coordination des parcours s'appuyant sur des conventions entre les unités de réanimation pédiatrique et l'ensemble des structures d'aval ;
- d'une bonne articulation avec les services de réanimation adulte, mais aussi de réanimation néonatale ;
- de veiller à la sécurité et à la qualité des soins, au recueil des événements indésirables ;
- de l'existence d'un outil informatisé de gestion des lits interconnectés avec les outils de régulation et de recueil des données sur l'offre de soins critiques (ROR) et d'outils numériques nécessaires aux activités de télésanté.

- Déployer une organisation flexible

La restructuration des soins critiques repose sur le regroupement des capacités. Ce regroupement permet une sécurisation des prises en charge ainsi que l'optimisation des moyens.

Devant les difficultés croissantes à assurer les besoins en cas de surcroît d'activité, un plan de flexibilité de l'organisation du capacitaire et des ressources humaines comprenant un plan de formation est demandé à chaque dépositaire d'un dossier d'autorisation. L'activité pédiatrique encore très saisonnière implique en effet un nombre de lits plus important

l'hiver, même si l'augmentation des pathologies chroniques et de leurs complications a pour conséquence un besoin de base soutenu le reste de l'année.

- Soutenir les personnels médicaux et paramédicaux, principales clés du maintien d'un capacitaire effectif suffisant
  - Soutenir l'attractivité des métiers des soins critiques pédiatriques par la promotion d'une formation de qualité, d'une organisation et de conditions de travail de qualité.
  - Veiller à la mise en place du plan de formation.
  - Soutenir les cadres de proximité dans leur activité de soutien et de management des équipes.
  - Être vigilant sur la constitution d'un vivier de personnel formé aux soins critiques et mobilisable en cas de crise.

LES INDICATEURS RETENUS POUR LE SUIVI DU PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- Nombre de séjours avec facturation d'un supplément réanimation / nombre total de séjours de réanimation
- Nombre de séjours avec facturation d'un supplément USC-USI / nombre total de séjours de soins intensifs
- Nombre de conventions signées entre les USIP dérogatoires et les unités de réanimation de référence

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Le nombre d'implantations portant une activité de réanimation pédiatrique (de recours ou polyvalente) est maintenu à l'identique.

Deux établissements de santé autorisés pour la mention réanimation polyvalente pédiatrique pourraient obtenir, en fonction de leur projet d'établissement et de leur capacité à répondre aux exigences des textes, soit une autorisation de réanimation polyvalente, soit une autorisation de réanimation de recours.

Pour les activités de soins intensifs polyvalents dérogatoires, compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels de santé, le PRS régularise les unités de surveillance continue existantes, lorsqu'elles remplissent les conditions réglementaires dans le cadre de la réforme.

Néanmoins, quelques implantations pourraient être ajoutées dans des territoires spécifiques :

- dans les Hauts-de-Seine, à la suite d'une opération de recomposition, un établissement a absorbé l'activité d'une autre structure et a vu son activité très nettement augmenter, atteignant ainsi la masse critique justifiant une implantation d'USIP pédiatrique ;
- en Seine-Saint-Denis, un établissement n'étant pas parvenu à mettre en œuvre une reconnaissance contractuelle d'USC devrait pouvoir le réaliser durant le PRS3 ;
- sur le territoire sud Seine-et-Marne, sous équipé, une implantation supplémentaire pourra être envisagée.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort régional**

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

RÉANIMATION PÉDIATRIQUE SPÉCIALISÉE	
Zone de répartition = région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	4

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

RÉANIMATION DE RECOURS ET SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES POLYVALENTS, ET DE SPÉCIALITÉ LE CAS ÉCHÉANT		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	4	6

Tableau 3 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

RÉANIMATION PÉDIATRIQUE	
Zone de répartition = région	Autorisations au 01/10/2023
Île-de-France	2

Tableau 4 : Implantations cibles (OQOS)

RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES POLYVALENTS, ET DE SPÉCIALITÉ LE CAS ÉCHÉANT		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	0	2

- **Mentions de ressort de proximité**

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES (USC)	
Zones de répartition des activités = proximité	Reconnaissances contractuelles au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	1
92	2
93	3
94	3
Grande couronne	
77 nord	2
77 sud	1
78 nord	2
78 sud	1
91 nord	1
91 sud	1
95 est	1
95 ouest	1
95 sud	1
Total	**20**

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SOINS CRITIQUES MENTION 3 : SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES POLYVALENTS DÉROGATOIRES (USIP DÉROGATOIRES)		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	1	1
92	2	3
93	3	4
94	3	3
Grande couronne		
77 nord	2	2
77 sud	1	2
78 nord	2	2
78 sud	1	1
91 nord	1	1
91 sud	1	1
95 est	1	1
95 ouest	1	1
95 sud	1	1
Total	**20**	**23**

Soins intensifs de cardiologie

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

La région compte 48 établissements disposant d'une reconnaissance contractuelle pour des unités de soins intensifs de cardiologie (USIC), dont 47 en fonctionnement ; 35 USIC sont adossées à une salle de cardiologie interventionnelle coronaire et 12 sont dites « isolées ». L'offre en USIC compte en plus 2 USIC dans des HIA, une « adossée » dans le 92 et une « isolée » dans le 94.

L'offre s'est modifiée au cours du PRS2 avec la transformation d'une USIC en unité de soins continus dans le 78, la fermeture d'une USIC dans le 92 et l'ouverture d'une USIC dans le 94. Ainsi, l'offre est passée de 48 USIC à 47 pendant le PRS2.

L'offre se répartit désormais de la façon suivante (47 USIC) :

- dans le 75 : 10 USIC dont 1 « isolée »
- dans le 77 : 3 USIC dont 1 « isolée »
- dans le 78 : 6 USIC dont 2 « isolées »
- dans le 91 : 4 USIC dont 1 « isolée »
- dans le 92 : 7 USIC dont 1 « isolée »
- dans le 93 : 8 USIC dont 3 « isolées »
- dans le 94 : 5 USIC dont 4 « isolées »
- dans le 95 : 4 USIC

Parmi ces USIC, 10 sont portées par l'AP-HP, 16 par des établissements publics, 5 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC), 16 par des établissements privés lucratifs et 2 par des HIA.

Au total, 535 lits d'USIC sont actuellement reconnus par l'ARS dont 433 dans des USIC adossées à une salle de cardiologie interventionnelle coronaire (80 %).

Les deux établissements de santé pédiatriques autorisés pour le traitement des cardiopathies congénitales par cardiologie interventionnelle et/ou par chirurgie cardiaque (dans le 75 et le 92) disposent de réanimations pédiatriques.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les USIC étaient jusque-là soumises à reconnaissance contractuelle. Elles seront maintenant soumises à autorisation dans le cadre de la réforme des autorisations de soins critiques, dont les textes règlementaires sont :

- décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques ;
- décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.

L'unité de soins intensifs de cardiologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie cardiovasculaire, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.

Les nouveaux décrets comportent des CI[75] et des CTF[76] pour le fonctionnement des USIC, et notamment :

- le titulaire assure, 24 h/24 tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients et leur transfert dès que leur état de santé le permet ;
- la permanence médicale de l'USIC est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :
  - la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques,
  - une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins ;
- le titulaire dispose sur site d'une unité de médecine dédiée aux activités de cardiologie ;
- le titulaire dispose, sur site ou par convention, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, 24 h/24 tous les jours de l'année, d'un accès à :
  - une unité de chirurgie cardiaque et vasculaire,
  - une unité de réanimation (le titulaire organise le transfert en réanimation des patients présentant des défaillances aiguës et poursuit transitoirement leur prise en charge dans l'attente de ce transfert),
  - un plateau technique d'imagerie médicale permettant la réalisation d'examens par scintigraphie et IRM,
  - un laboratoire de cathétérisme interventionnel coronaire permettant la réalisation, 24 h/24 tous les jours de l'année, de revascularisation coronarienne percutanée.
- l'USIC comprend :
  - au moins 6 lits,
  - au moins les équipements permettant :
    - la réalisation, dans les chambres de l'unité, lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, d'examens d'échographie cardiaque dont transœsophagienne,
    - la surveillance paramétrique continue ;
- l'équipe médicale de l'USIC est constituée :
  - médecins spécialisés en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou spécialisés en pathologies cardiovasculaires,
  - le médecin coordonnateur de l'USIC est membre de l'équipe médicale et justifie d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;
- l'équipe non médicale d'une USIC comprend au moins :
  - un infirmier pour quatre lits ouverts,
  - de jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts,
  - un masseur-kinésithérapeute,
  - un diététicien.

75 CI : conditions d'implantation.

76 CTF : conditions techniques de fonctionnement.

Zonage

Les USIC correspondent au zonage de proximité.

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins critiques	Soins intensifs de cardiologie		

Évaluation des besoins à 5 ans

Par le PMSI, on dénombrait 52 748 séjours en USIC en 2019. Ce nombre est globalement stable depuis 2014. La DMS[77] est de 3,22 jours, l'âge moyen est de 69 ans et la mortalité pendant le séjour est de 1,49 %. Les motifs d'admission en USIC sont à 35 % des coronaropathies, à 19 % des rythmopathies et à 19 % de l'insuffisance cardiaque ; 55 % des patients sont admis directement du domicile et 35 % après passage aux urgences ; 56 % des patients sortent de l'USIC vers un autre service hospitalier et 34 % sortent directement au domicile. Les infarctus du myocarde aigus ne sont pas pris en charge dans les USIC « isolées ».

Du fait du vieillissement de la population, la prévalence de toutes ces pathologies cardiaques va augmenter et le nombre de lits d'USIC doit au moins rester stable (cf. fiche OQOS « cardiologie interventionnelle » et fiche « parcours ICC »[78]).

Selon l'ancien cadre réglementaire, la permanence des soins devait être assurée par un cardiologue de garde sur place. Du fait de la fragilité de la démographie des cardiologues, la liste de garde des cardiologues des USIC pouvait être difficile à établir, ce qui a pu poser la question du maintien des USIC « isolées » dans les PRS précédents. Dans la nouvelle règlementation, la permanence des soins évolue : **« La permanence médicale de l'USIC est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :**

- **la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;**
- **une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins. »**

Cette modification majeure permet de maintenir les USIC « isolées », avec une expertise cardiologique au moins par téléphone ou téléexpertise, dans 47 établissements de la région, pour la prise en charge des patients en USIC, bien sûr, mais aussi aux urgences. Probablement, bon nombre d'USIC maintiendront la présence sur place d'un cardiologue de garde.

77 DMS : durée moyenne de séjour.

78 Insuffisance cardiaque chronique.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Consolider l'offre de la région en USIC en veillant à ne pas diminuer leur nombre et le capacitaire.
- Soutenir les personnels médicaux et paramédicaux pour maintenir l'ouverture de tous les lits d'USIC prévus dans l'autorisation.
- Développer la délégation de compétence (protocoles de coopération et IPA[79]).
- Développer la téléexpertise cardiologique.
- Équilibrer le capacitaire des USIC en fonction de l'activité des établissements de santé.

En amont de l'USIC

- Poursuivre le développement de l'admission directe en USIC par les SAMU/SMUR (infarctus du myocarde, œdèmes aigus du poumon).
- Veiller à l'accès en urgence à la salle de cardiologie interventionnelle coronaire pour les infarctus du myocarde.
- Veiller à n'admettre en USIC que les patients le nécessitant.

En aval de l'USIC

- Soutenir les structures favorisant une prise en charge de courte durée en USIC.
- Fluidifier l'aval par un retour à domicile directement, un passage en service de médecine cardiologique, un passage en SMR…

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

- Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels de santé, le PRS régularise les USIC existantes dans le cadre de la réforme en maintenant l'offre actuelle de 47 implantations dans la région.
- Dans le 78 nord, une USIC est particulièrement fragile et pourrait fermer dans le courant du PRS3.

79 IPA : infirmier de pratiques avancées.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort de proximité**

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE	
Zones de répartition des activités = départements	Reconnaissances contractuelles au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	10
92	7
93	8
94	5
Grande couronne	
77	3
78	6
91	4
95	4
Total	47

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE		
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	10	10
92	7	7
93	8	8
94	5	5
Grande couronne		
77 nord	2	2
77 sud	1	1
78 nord	3	4
78 sud	2	2
91 nord	3	3
91 sud	1	1
95 est	1	1
95 ouest	1	1
95 sud	2	2
Total	46	47

Soins intensifs neuro-vasculaires

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Jusque-là, cette activité n'était pas soumise à autorisation mais faisait l'objet d'une reconnaissance contractuelle, qui concernait les unités neuro-vasculaires (UNV) regroupant les lits de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) et les lits de soins non intensifs (UNV non SI), les lits non SI constituant l'aval immédiat des lits SI.

À l'automne 2023, la région compte 20 établissements avec USINV. L'offre s'est modifiée au cours du PRS2 avec le regroupement de deux USINV dans le sud-est de Paris et l'ouverture d'une nouvelle UNV dans les Hauts-de-Seine.

L'offre est repartie de la façon suivante :

- 6 UNV à Paris ;
- 6 UNV en petite couronne : 2 dans les Hauts-de-Seine, 2 en Seine-Saint-Denis et 2 dans le Val-de-Marne ;
- 8 UNV en grande couronne : 1 en Seine-et-Marne, 3 dans les Yvelines, 2 en Essonne et 2 dans le Val-d'Oise.

Parmi elles, 6 sont portées par l'AP-HP, 11 par des établissements publics et 3 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC). Il n'y a pas d'offre dans le secteur privé lucratif.

Au total, 177 lits d'USINV sont actuellement reconnus par l'ARS, ainsi que 414 lits d'UNV non SI.

Un établissement porte l'USINV pédiatrique régionale et est situé dans le Val-de-Marne (AP-HP). Cette USINV comporte 2 lits, reconnus par l'Agence.

Le plan national AVC[80] 2010-2014 a largement contribué au développement des UNV, mais surtout à leur inscription dans un parcours coordonné par une animation de filière, englobant toute la chaîne de soins, de la prévention à la vie post-accident vasculaire cérébral, avec par exemple le développement de consultations pluriprofessionnelles post-AVC permettant d'évaluer des patients qui n'ont pas été pris en charge en UNV à la phase aiguë de l'AVC et d'équipes mobiles de réinsertion-réadaptation intervenant à domicile.

80 AVC : accident vasculaire cérébral.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Avec la réforme des autorisations, l'activité de soins intensifs neuro-vasculaires devient une activité soumise à autorisation. Cette activité s'inscrit dans le cadre des soins critiques avec la publication, le 26 avril 2022, des décrets n° 2022-690 et n° 2022-694 qui précisent les nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement relatives à cette activité.

Ces unités sont dédiées à la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie neuro-vasculaire (AVC) mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive.

Cette autorisation ne concerne pas les lits d'unité neuro-vasculaire (UNV) qui ne sont pas des soins intensifs (SI), jusqu'à présent inclus dans la reconnaissance contractuelle des UNV, lits d'aval immédiats pour les USINV, maillon néanmoins indispensable pour le bon fonctionnement de la filière AVC et la fluidité de la filière.

Les nouveaux décrets apportent dorénavant des obligations sur le fonctionnement des USINV, notamment :

- nécessité de chambres seules ;
- seuil capacitaire minimal de 4 lits d'USINV ;
- instauration d'un ratio de personnel non médical par lits ouverts : 1 infirmier(e) diplômé(e) d'État pour 4 lits ouverts, 1 aide-soignant(e) pour 4 lits ouverts de jour et 8 lits ouverts de nuit ;
- précisions sur l'organisation de la permanence de soins ;
- dotation d'outils informatisés pour la gestion des lits (interconnectés avec les outils de régulation territoriale), pour les activités de télésanté et pour la gestion du dossier médical.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins critiques		Mention « Soins intensifs neuro-vasculaires »	

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Évaluation des besoins à 5 ans

La prise en charge précoce et spécialisée des AVC en UNV a démontré son efficacité sur la survie sans dépendance des patients qui en sont victimes. Il s'agit de la prise en charge qui apporte le bénéfice le plus important à l'échelle de la population, avant les traitements de reperfusion cérébrale. Selon les recommandations des sociétés savantes, un accès priorisé aux UNV à un maximum de patients victimes d'AVC est ainsi un des enjeux majeurs de ces prochaines années, d'autant plus qu'une augmentation du nombre d'AVC est attendue, augmentation liée principalement au vieillissement de la population.

En Île-de-France, 20 000 patients sont hospitalisés chaque année pour un AVC. En 2021, 64 des AVC ont été pris en charge en UNV. Si le maillage territorial en UNV mis en place en Île-de-France depuis le plan national AVC est relativement assuré, des inégalités de prise en charge persistent selon les territoires (le taux des séjours AVC en UNV varie de 42 % à 77 % selon les départements) ou selon l'âge (seulement 39 % des plus de 85 ans ont accès à l'UNV en 2021).

En outre, ceci s'inscrit dans un contexte de tensions en ressources humaines, particulièrement marqué en Île-de-France pour le personnel paramédical, fragilisant la filière AVC avec la fermeture temporaire de lits d'USINV mais également de lits d'UNV non SI au décours de la crise du Covid-19 en 2021 et 2022. Des tensions existent également pour les manipulateurs en électroradiologie (MERM), pouvant rendre difficile l'accès à l'imagerie en urgence, indispensable pour la prise en charge des AVC.

La fluidification des lits d'aval des USINV apparaît donc comme particulièrement indispensable dans une situation où la tension sur les ressources humaines rend l'ouverture de nouvelles UNV difficile et l'augmentation du capacitaire limitée.

Ainsi, l'inscription des USINV dans la filière AVC demeure un des éléments indispensables à la fluidité de ce parcours.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Les objectifs qualitatifs identifiés sont les suivants :

- Consolider l'offre en USINV de la région
  - Assurer la mise en adéquation de l'offre d'USINV telle qu'exigée par

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

les décrets.

– Veiller au bon fonctionnement en termes de ressources humaines (RH) :
  - soutenir les personnels médicaux et paramédicaux, avec maintien d'un capacitaire effectif suffisant,
  - appuyer les protocoles de coopération entre professionnels et la délégation de compétence (infirmier de coordination, infirmier en pratique avancée).

- Augmenter le nombre de séjours AVC dans les USINV
  – Augmenter, si possible, le nombre de lits dans les USINV existantes en fonction de leur activité, du bassin de population et des ressources humaines disponibles sur site, en favorisant les territoires les moins bien couverts.
  – Optimiser les transports vers les UNV et les transferts entre centres, notamment en cas de nécessité de thrombectomie mécanique : registre, réflexions sur le développement de transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) ou autres formes de transports non médicalisés.
- Continuer à inscrire les USINV dans la filière AVC, élément indispensable au bon fonctionnement et à la fluidité du parcours
  – Veiller à l'accès en urgence, si nécessaire, à l'imagerie cérébrale et vasculaire des patients AVC, ainsi qu'aux liens avec les centres de neuroradiologie interventionnelle (NRI) mention B et mention A pour les patients nécessitant une thrombectomie.
  – S'assurer de la bonne articulation des USINV avec les lits d'aval UNV non SI, en maintenant ou en augmentant la capacité d'accueil dans ces unités.
  – Développer ou renforcer des parcours pour des prises en charge spécifiques :
    - promouvoir les cliniques des accidents ischémiques transitoires (AIT) pour la prise en charge en ambulatoire de ces patients,
    - soutenir les filières UNV-unités de gériatrie aiguë (UGA) pour les personnes âgées polypathologiques.
  – Encourager et faciliter le recours à la télémédecine : de la phase aiguë à la télé-rééducation, en passant par la téléexpertise.
  – Soutenir les prises en charge favorisant le retour à domicile :
    - en lien avec les filières de soins médicaux et de réadaptation, en favorisant et en évaluant des alternatives à l'hospitalisation complète avec une gradation des prises en charge allant des consultations jusqu'à l'hospitalisation de jour,
    - en lien avec l'hospitalisation à domicile (HAD), en augmentant la prise en charge des AVC en hospitalisation à domicile-réadaptation (HAD-R), notamment grâce à la spécialisation autorisée par les nouveaux textes relatifs à l'activité d'HAD,
    - en renforçant l'évaluation pluriprofessionnelle des AVC au décours de l'hospitalisation initiale.
  – Poursuivre les campagnes d'information grand public de prévention et développer l'éducation thérapeutique.
  – Renforcer les mesures d'accompagnement des aidants.
  – Améliorer la lisibilité des offres et dispositifs (sanitaire, ambulatoire et médico-social) auprès des acteurs impliqués dans la prise en charge des AVC, ainsi que des patients et des aidants.
  – Poursuivre la promotion et le financement des animateurs de filière neurologie, ceux-ci permettant la bonne articulation entre les différentes étapes du parcours AVC.
- Enfin, point spécifique mis en exergue : porter une attention particulière aux réflexions sur les prélèvements et greffes d'organes dans la filière en renforçant l'acculturation des personnels prenant en charge les AVC : sensibiliser, former et accompagner les pratiques de recensement des donneurs.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels, le PRS3 inscrit une perspective de stabilisation des implantations par rapport aux reconnaissances contractuelles d'USINV existant actuellement, soit 20 implantations dans la région.

Une attention particulière est cependant portée sur la Seine-et-Marne qui ne compte qu'une seule UNV dans le nord de la région. Actuellement, la prise en charge des patients AVC de la partie sud de ce territoire est assurée par les UNV environnantes, en particulier celle située dans l'est de l'Essonne, grâce notamment au déploiement de la télémédecine. Une nouvelle implantation pourrait être proposée dans le sud de la Seine-et-Marne. En l'absence de proposition, une attention particulière sera portée à l'augmentation du capacitaire des UNV environnantes.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort territorial**

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

SOINS INTENSIFS NEURO-VASCULAIRES	
Zones de répartition des activités = départements	Reconnaissances contractuelles au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	6
92	2
93	2
94	2*
Grande couronne	
77	1
78	3
91	2
95	2
Total	20

* dont un établissement ayant une activité adulte et pédiatrique.

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

SOINS INTENSIFS NEURO-VASCULAIRES		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	6	6
92	2	2
93	2	2
94	2	2
Grande couronne		
77	1	2
78	3	3
91	2	2
95	2	2
Total	20	21

Soins intensifs d'hématologie

L'offre de soins en octobre 2023

Les unités de soins intensifs d'hématologie (USIH) sont soumises à autorisation dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds. Jusqu'à présent, ces unités sont identifiées au travers de reconnaissances contractuelles ; 15 établissements de santé bénéficient de cette reconnaissance chez l'adulte et 5 en pédiatrie.

Elles sont le lieu de prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile.

Les principales situations conduisant en USIH sont :

- les traitements initiaux et consolidations lourdes, traitements par CAR-T cells[81], autogreffes de CSH[82], au cours des prises en charge des leucémies aigues et maladies apparentées ;
- les allogreffes de CSH dans le cadre des déficits immunitaires, hémoglobinopathies et hémopathies malignes.

Les compétences dans les USIH sont renforcées dans ce deuxième cas avec la présence d'hématologues ayant une expérience de l'allogreffe de CSH.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les USIH sont régies par les décrets soins critiques n° 2022-690 et n° 2022-694 du 26 avril 2022.

81 L'ARS fixe par arrêté la liste des établissements qui répondent aux critères requis pour l'utilisation des médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dans les hémopathies malignes.

82 CSH : cellule souche hématopoïétique.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins critiques		Soins intensifs d'hématologie adulte	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie

Évolution des besoins à 5 ans

Les besoins à cinq ans sont évalués en croissance avec le développement, notamment, des CAR-T cells chez l'adulte et des indications d'allogreffe dans le cadre des hémoglobinopathies chez l'enfant. Ces nouveaux besoins pourront être absorbés par les sites existants avec l'ouverture complète des capacités. Les capacités d'accueil sont en effet partiellement fermées en raison du manque de personnel paramédical.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

L'organisation à venir dans le cadre du PRS3 s'inscrit dans la continuité de l'organisation existante, tout en veillant à la mise en œuvre des nouvelles exigences telles que les taux d'encadrement au lit du patient et la permanence des soins.

- En pédiatrie, les 5 USIH en place ont vocation à poursuivre leur activité car adossées à une activité oncologique et/ou de greffe de CSH.
- Chez l'adulte, 14 des 15 unités répondent aux exigences et ont vocation à poursuivre leur activité.

LES INDICATEURS DE RÉALISATION QUI SERONT SUIVIS AU COURS DU PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- Taux de fermeture des lits
- Taux d'occupation des lits ouverts
- Part de patients relevant des SIH

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels, le PRS3 inscrit une perspective de stabilisation des implantations par rapport aux reconnaissances contractuelles actuelles.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort régional**

SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES D'HÉMATOLOGIE			
Zones de répartition des activités = départements	Reconnaissances contractuelles au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	5	5	5

- **Mentions de ressort territorial**

SOINS INTENSIFS D'HÉMATOLOGIE ADULTE			
Zones de répartition des activités = départements	Reconnaissances contractuelles au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	6	4	5
92	1	1	1
93	1	1	1
94	2	2	2
Grande couronne			
77	1	1	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	2	2	2
Total	**15**	**13**	**14**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Comme défini dans l'article R. 6123-54 du Code de la santé publique, il existe deux types de dialyse : l'hémodialyse (HD) et la dialyse péritonéale (DP). En fonction de l'état du patient et de son autonomie, l'hémodialyse peut être réalisée en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), en autodialyse (AD) ou à domicile (DAD). La DP est réalisée à domicile de manière autonome ou de manière assistée par un proche ou un infirmier diplômé d'État (IDE).

Une diversification territoriale de l'offre vers la dialyse autonome (AD et DAD par HD et DP) a été opérée sur la période 2018-2023 :

- stabilité des centres : 61 centres en 2023 (58 centres adultes exclusifs, 2 centres pédiatriques exclusifs, 1 centre adulte et pédiatrique) ;
- diminution des UDM : 61 UDM en 2023 (versus 62 en 2018) ;
- augmentation des structures de dialyse autonomes autorisées :
  - 63 structures d'AD en 2023 *vs* 58 en 2018,
  - 32 structures d'HD à domicile DAD en 2023 *vs* 14 en 2018,
  - 33 structures de DP en 2023 *vs* 30 en 2018.

La répartition de l'offre de dialyse par département et par statut juridique est détaillée en annexe.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

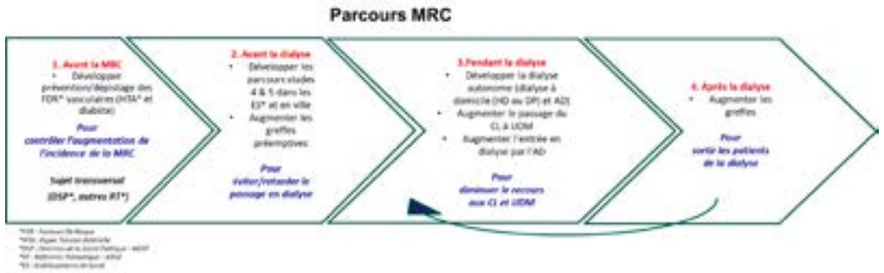
L'insuffisance rénale chronique (IRC) est l'incapacité pour le rein d'assurer son rôle de filtre permettant, d'une part, d'éliminer les déchets sanguins de l'organisme par les urines et, d'autre part, de maintenir les concentrations sanguines constantes en eau, sels minéraux et protéines. L'IRC est la conséquence de maladies rénales chroniques (MRC).

Les principales causes de la MRC sont le diabète et l'HTA[83]. La MRC est classée en cinq stades en fonction du débit de filtration glomérulaire (DFG) : du stade 1 = MRC avec filtration normale/augmentée au stade 5 = IRC terminale ou évoluée. La MRC peut s'aggraver progressivement et irréversiblement, et au stade 5 d'IRC terminale, les reins ne pouvant plus assurer leur rôle de filtre, il est impératif de recourir à une technique de suppléance médicale (la dialyse) ou chirurgicale (la greffe ou transplantation rénale) ou, de manière alternative, d'être à même de discuter et de proposer, notamment chez les patients les plus âgés ou les plus comorbides, un accompagnement par l'équipe de néphrologie privilégiant le maintien de la qualité de vie sans recourir à la dialyse ni à la greffe.

83 HTA : hypertension artérielle.

Dès le stade 5 de la MRC, le traitement préférentiel est la greffe rénale pour éviter la dialyse (greffe préemptive) ou pour en sortir.

La dialyse est un élément du parcours MRC qu'il faut considérer dans sa globalité.



La réglementation de la dialyse n'étant pas réformée, elle s'appuie toujours sur les textes suivants :

- décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;
- arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de « traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale » ;
- arrêté du 31 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de « traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale ».

Zonage

La dialyse étant un traitement médical de suppléance à renouveler plusieurs fois par semaine, les centres de dialyse doivent être implantés au plus près du domicile du patient et sont donc répartis dans les **13 zones de proximité** pour couvrir l'Île-de-France :

- 4 zones « Paris - petite couronne » correspondant aux quatre départements : 75, 92, 93, 94 ;
- 9 zones « Grande couronne » correspondant aux territoires des DAC (référencement par commune) : 77 nord, 77 sud, 78 nord, 78 sud, 91 nord, 91 sud, 95 est, 95 ouest, 95 sud.

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration rénale (IRC)	Dialyse à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale) Autodialyse simple ou assistée dans des lieux dédiés (UAD) Unités de dialyse médicalisée (UDM) Hémodialyse (HD) en centre		

Évaluation des besoins à 5 ans

On estime qu'environ 7 à 10 % de la population française présente une atteinte rénale. Une infime partie va évoluer vers une maladie rénale nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe).

En 2018, 11 343 patients ont débuté une suppléance, dont 4 % par une greffe rénale préemptive (sans passer par la dialyse) et 96 % par dialyse. Au 31 décembre 2018, 89 692 patients étaient traités : 45 % étaient porteurs d'un greffon rénal et 55 % étaient dialysés. Durant l'année 2018, 6 % des patients dialysés ont reçu une greffe rénale, 3 % des greffons ont arrêté de fonctionner (nécessitant un retour en dialyse ou une nouvelle greffe), 10 % des patients dialysés ou greffés sont décédés (source REIN[84]).

Le taux de prévalence standardisé (pour 100 000 habitants) de l'ALD 19[85] est passé de 214 en 2012 à 335 en 2021 en France (soit une augmentation de 57 % en dix ans). En 2021, l'IRC touchait 54 % d'hommes, l'âge moyen

84 REIN : Réseau épidémiologique et information en néphrologie.

85 ALD 19 : affection longue durée « Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ».

était de 67 ans et le taux de mortalité s'élevait à 6,5 % (source ameli.fr). Les départements d'Île-de-France où la prévalence standardisée est la plus forte en 2021 sont l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne.

Du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence du diabète, la prévalence de l'IRC va augmenter dans les années à venir (source ameli.fr) dans un écosystème de santé fragile.

En effet, les ressources humaines en santé (RHS) sont devenues insuffisantes, tant sur le plan des médecins (généralistes et néphrologues) que des infirmiers diplômés d'État (IDE), par désaffection, manque d'attractivité, déficit de formation… Les centres de dialyse sont saturés du fait d'une baisse de leur capacitaire liée au déficit de PNM[86] ou par sous-utilisation des machines sur les séries du soir pour préserver la qualité de vie au travail et fidéliser les PNM. La ville est en train de s'organiser avec la mise en place des CPTS[87], SEC[88], DAC[89], ESS[90]… Les établissements de santé et la ville sont encore trop cloisonnés, avec une difficulté de coordination territoriale. Il manque des organisations territoriales pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Les systèmes d'information partagés sont encore balbutiants. Enfin, l'Île-de-France comporte des inégalités socio-territoriales importantes.

Dans ce contexte, l'enjeu de l'amélioration du parcours MRC, comme pour toute maladie chronique, est d'adapter le système de santé à la réalité des besoins des patients dans une logique à la fois préventive et thérapeutique, afin d'améliorer la qualité de vie et diminuer la mortalité des patients.

La MRC figure parmi les priorités du programme Ma santé 2022 du ministère de la Santé et de la Prévention, et l'amélioration du parcours des patients MRC est une priorité de santé publique pour l'ARS Île-de-France et l'Assurance maladie.

86 PNM : personnel non médical.

87 CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé.

88 SEC : structure d'exercice coordonné.

89 DAC : dispositif d'appui à la coordination.

90 ESS : équipe de soins spécialisés.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale s'inscrit plus largement dans un parcours de la maladie rénale chronique (MRC), ce qui amène à définir les objectifs stratégiques et opérationnels exposés ci-après.

Objectifs stratégiques

- Mettre en place une gouvernance régionale du parcours MRC afin de conduire une stratégie commune pour les 5 ans à venir
- Améliorer l'organisation de la prévention, du diagnostic précoce, de l'accès aux soins (parcours stades 4 et 5, greffe, dialyse) et de la qualité de la prise en charge des malades atteints de MRC
- Concevoir et déployer une approche populationnelle du parcours de santé MRC
- Intégrer les outils de télésanté dans les parcours de soin en appui aux PS
- Adapter les compétences des PS aux besoins des parcours chroniques
- Identifier les territoires défavorisés pour adapter la mise en œuvre de l'amélioration du parcours

Objectifs opérationnels

Pour poursuivre ce processus d'amélioration du parcours de santé des MRC, il est indispensable de :

- **S'appuyer sur le COPIL MRC IDF** (conjoint avec l'Assurance maladie, REIN, l'Agence de la biomédecine, la SFNDT[91], les associations de patients), pluridisciplinaire, représentatif des professionnels de santé et acteurs concernés par la MRC en Île-de-France, qui aura pour rôle de définir et piloter une stratégie commune et des actions partagées
- **Promouvoir l'utilisation des forces existantes**
  - Identifier et communiquer sur les dispositifs, structures, professionnels existants afin d'articuler leurs actions, identifier les manques potentiels et de nouvelles potentialités.

91 SFNDT : Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation.

  - Mettre en place des organisations territoriales permettant la coordination entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la MRC.
- **Faire évoluer les ressources humaines en santé** pour :
  - augmenter le nombre d'internes de néphrologie et d'IDE ;
  - développer la délégation de tâches :
    - par l'augmentation du nombre d'IPA « MRC, dialyse, transplantation rénale »,
    - par la rédaction de protocole(s) de coopération MRC ;
  - développer le ROR « dialyse » pour aider si besoin la gestion du transfert de patients au plus proche de leur domicile.
- **Continuer à raisonner sur la prise en charge de la MRC en parcours global**
  - Développer la prévention et le dépistage des facteurs de risque vasculaires (HTA et diabète) pour contrôler l'augmentation de la prévalence de la MRC :
    - en faisant des campagnes de santé publique (cf. parcours pilote de l'Assurance maladie).
  - Dépister précocement la MRC (trop de patients sont pris en charge à un stade avancé de la maladie) pour ralentir l'aggravation de la maladie :
    - en intégrant les centres de néphrologie/dialyse dans leur territoire par une communication avec les CPTS, SEC, généralistes, diabétologues, cardiologues.
  - Augmenter le recours à la greffe préemptive (cf. chapitre consacré aux activités de prélèvement et greffe).
  - Améliorer la prise en charge des MRC aux stades 4 et 5 de la maladie pour retarder/éviter le passage en dialyse.
  - Poursuivre la diversification territoriale de l'offre vers la dialyse autonome (AD, DAD en HD et en DP, en particulier) pour augmenter le recours à la dialyse autonome :
    - en stabilisant l'offre en centre et UDM et en augmentant l'offre de dialyse autonome,
    - en augmentant les formations à la dialyse autonome,
    - en démarrant la dialyse le plus souvent possible par l'autodialyse,

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

  - en développant l'offre d'hémodialyse longue nocturne pour favoriser l'autonomie des patients et leur réinsertion sociale,
  - en améliorant la lisibilité de l'offre,
  - en détectant systématiquement et de manière récurrente les patients éligibles à la dialyse autonome, en leur proposant ces modalités de dialyse autonome, en révisant régulièrement l'adaptation de la modalité de dialyse à chaque patient et en allant vers une décision médicale partagée et un accompagnement de proximité.
- Augmenter les prélèvements et le recours à la greffe pour sortir les patients de la dialyse (cf. fiche consacrée aux activités de prélèvement et de greffe)
- Améliorer l'accès au SMR néphrologie (activité soumise à RC[92] à l'intérieur d'un SMR polyvalent soumis à autorisation)
- Améliorer l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique (ETP[93])

- **Concevoir et déployer une approche populationnelle** pour soutenir les territoires (structures de dialyse, CPTS, SEC[94], DAC[95], Ehpad, établissements de santé, diabétologues, cardiologues, néphrologues, IDE…) par des animations territoriales, dans l'élaboration de leur propre plan d'actions partagé par tous les acteurs des territoires, et dans ce cadre :
  - s'engager collectivement dans le processus dynamique de l'amélioration du parcours MRC en s'appuyant sur les besoins et les priorités du territoire, l'offre, les dispositifs existants et les innovations ;
  - constituer une équipe territoriale MRC.
- **Favoriser le déploiement de programmes d'ETP,** notamment en proximité (dans des SEC) et dans les quartiers défavorisés, sur la base d'un état des lieux des programmes ETP déclarés sur le champ de la MRC grâce à l'outil de cartographie des programmes en cours d'élaboration, et étudier l'ensemble des leviers pour soutenir ces programmes (appui méthodologique, financement…)

92 RC : reconnaissance contractuelle.

93 ETP : éducation thérapeutique du patient.

94 SEC : structure d'exercice coordonné.

95 DAC : dispositif d'appui à la coordination.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

- **Améliorer la prise en charge de la fin de vie par la mise en place des soins palliatifs, a fortiori lorsque le patient est en insuffisance rénale terminale évoluée**
- **Soutenir l'innovation** en testant de nouvelles solutions numériques et de nouveaux modèles d'organisation et de financement :
  - en accompagnant les projets « article 51 », notamment lors du passage dans le droit commun ;
  - en améliorant l'usage de la télésanté, pour améliorer l'accès à l'expertise néphrologique pour les patients eux-mêmes par la téléconsultation et pour les généralistes par la téléexpertise néphrologique.
- **Mobiliser plus systématiquement les données disponibles (ALD, PMSI, SNDS, bases de données des forfaits 4 et 5, REIN…) :**
  - pour calculer les indicateurs issus des recommandations disponibles (Guide du parcours de soins MRC, juillet 2021, HAS), notamment dans une perspective de suivi et d'évaluation des actions menées ;
  - pour suivre l'évolution de l'activité (dialyse, forfaits 4 et 5) et de l'offre (nombre de centres et capacitaire).
- **Prioriser les actions de santé publique sur les territoires défavorisés, puis prévoir un déploiement régional et assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de précarité**

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

L'augmentation du recours à la dialyse autonome (AD, DAD en HD et en DP, en particulier) est une priorité, du fait de la fragilité des RHS et pour améliorer la qualité de vie des patients, en tenant compte de la transition épidémiologique avec des patients de plus en plus âgés et présentant de plus en plus de comorbidités. Pour cela, il est proposé de :

- stabiliser l'offre de centres et d'UDM pour inciter les professionnels de santé à s'orienter davantage vers la dialyse autonome ; d'autant plus que le taux standardisé de centres et d'UDM est plus élevé en Île-de-France que dans les autres régions ;
- renforcer l'offre de dialyse autonome en suscitant une dynamique régionale des professionnels de santé pour augmenter le recours à la dialyse autonome.

Aussi, une régulation de l'offre des centres de dialyse est prévue.

- Au plan territorial :
  - en périphérie de l'Île-de-France, des « structures intégrées » qui proposent toutes les modalités de dialyse seront soutenues pour permettre de proposer aux patients toutes les modalités ;
  - dans le reste du territoire, seront privilégiées des unités d'AD indépendantes, isolées et autonomes, au plus près du patient et avec du personnel dédié à ces unités.
- Au plan général : s'appuyer autant que faire se peut sur les « études d'impact de l'ouverture d'un centre ou d'une UDM » réalisées par le réseau REIN.

En parallèle, une régulation du capacitaire des centres existants va également être opérée sur la région : lors de l'examen des demandes d'augmentation du capacitaire, une attention particulière sera portée sur l'adéquation aux besoins de la population et l'inscription du projet de l'opérateur dans le parcours MRC, en prenant en compte tous les éléments de ce parcours global.

L'offre de dialyse va être renforcée dans les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise, car un déficit est constaté dans ces territoires.

De plus, la modernisation des locaux de dialyse sera soutenue en veillant à l'amélioration de la prise en charge du parcours global MRC (notamment dans les Yvelines).

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC) HÉMODIALYSE EN CENTRE (ADULTE ET PÉDIATRIQUE)			
Zones de répartition des activités = proximité	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	15*	15	15
92	8	8	8
93	7	7	7
94	8	8	8
Grande couronne			
77 nord	3	3	3
77 sud	2	2	2
78 nord	5	5	5
78 sud	2	2	2
91 nord	3	3	3
91 sud	4	4	4
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	2	2	2
Total	**61**	**61**	**61**

* dont un centre adulte et pédiatrique.

L'offre d'hémodialyse en centre pédiatrique sera précisée dans les nouvelles décisions d'autorisation. Aussi, à titre indicatif, l'Agence a souhaité distinguer la répartition de l'offre souhaitée en Île-de-France entre hémodialyse en centre adulte et hémodialyse en centre pédiatrique.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC) HÉMODIALYSE EN CENTRE ADULTE

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023	Orientations PRS3	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	13*	13	13
92	8	8	8
93	7	7	7
94	8	8	8
Grande couronne			
77 nord	3	3	3
77 sud	2	2	2
78 nord	5	5	5
78 sud	2	2	2
91 nord	3	3	3
91 sud	4	4	4
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	2	2	2
Total	**59**	**59**	**59**

* dont un centre adulte et pédiatrique.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC) HÉMODIALYSE EN CENTRE PÉDIATRIQUE

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023	Orientations PRS3	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	3*	3	3
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
Grande couronne			
77 nord	0	0	0
77 sud	0	0	0
78 nord	0	0	0
78 sud	0	0	0
91 nord	0	0	0
91 sud	0	0	0
95 est	0	0	0
95 ouest	0	0	0
95 sud	0	0	0
Total	**3**	**3**	**3**

* dont un centre adulte et pédiatrique.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC) HÉMODIALYSE EN UNITÉ DE DIALYSE MÉDICALISÉE (UDM)

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	12	12	13
92	8	8	8
93	9	9	9
94	8	8	8
Grande couronne			
77 nord	3	3	3
77 sud	3	3	3
78 nord	5	5	5
78 sud	2	2	2
91 nord	3	3	3
91 sud	4	4	5
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	2	2	2
Total	**61**	**61**	**63**

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC) HÉMODIALYSE EN UNITÉ D'AUTODIALYSE SIMPLE OU ASSISTÉE

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	8	8	9
92	7	7	9
93	11	11	12
94	7	7	7
Grande couronne			
77 nord	6	6	6
77 sud	3	3	3
78 nord	4	4	5
78 sud	4	4	5
91 nord	3	3	4
91 sud	4	4	4
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	4	4	4
Total	**63**	**63**	**70**

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC)
DIALYSE À DOMICILE PAR HÉMODIALYSE

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	7
92	3
93	7
94	3
Grande couronne	
77 nord	1
77 sud	2
78 nord	3
78 sud	1
91 nord	2
91 sud	3
95 est	0
95 ouest	0
95 sud	0
Total	**32**

Le PRS ne prévoit pas d'implantation opposable pour l'activité d'hémodialyse à domicile par territoire de santé. Il est considéré que toute structure réalisant une activité de traitement de l'IRC doit pouvoir développer une activité d'hémodialyse à domicile et solliciter l'autorisation de cette modalité de prise en charge.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA RÉNALE (IRC)
DIALYSE À DOMICILE PAR DIALYSE PÉRITONÉALE

Zones de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	10
92	4
93	6
94	2
Grande couronne	
77 nord	2
77 sud	1
78 nord	2
78 sud	1
91 nord	2
91 sud	1
95 est	0
95 ouest	1
95 sud	1
Total	**33**

Le PRS ne prévoit pas d'implantation opposable pour l'activité de dialyse à domicile par dialyse péritonéalepar territoire de santé. Il est considéré que toute structure réalisant une activité de traitement de l'IRC doit pouvoir développer une activité de dialyse à domicile par dialyse péritonéale et solliciter l'autorisation de cette modalité de prise en charge.

Annexes : Tableaux détaillés de l'existant par statut juridique, par département et par modalité de dialyse

HÉMODIALYSE EN CENTRE ADULTE (DONT 1 CENTRE ADULTE ET PÉDIATRIQUE)

	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	6	-	4	-	3
77	-	2	-	-	3
78	-	2	1	-	4
91	-	1	1	-	5
92	1	1	1	1	4
93	-	1	-	-	6
94	2	1	-	-	5
95	-	1	-	-	3
IDF	**9**	**9**	**7**	**1**	**33**

HÉMODIALYSE EN CENTRE PÉDIATRIQUE (DONT 1 CENTRE ADULTE ET PÉDIATRIQUE)

	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	3	-	-	-	-
IDF	**3**	**-**	**-**	**-**	**-**

UNITÉ DE DIALYSE MÉDICALISÉE

	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	-	-	5	1	6
77	-	2	-	1	3
78	-	2	1	-	4
91	-	-	1	-	6
92	-	1	1	1	5
93	-	1	1	-	7
94	-	1	-	-	7
95	-	-	1	-	3
IDF	**0**	**7**	**10**	**3**	**41**

HÉMODIALYSE EN UNITÉ D'AUTODIALYSE SIMPLE OU ASSISTÉE					
	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	-	-	1	1	6
77	-	-	2	1	6
78	-	-	1	4	3
91	-	-	1	-	6
92	-	-	1	-	6
93	-	-	2	-	9
94	-	1	-	-	6
95	-	-	1	-	5
IDF	0	1	9	6	47

DIALYSE À DOMICILE PAR HÉMODIALYSE					
	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	2	-	2	1	2
77	-	1	-	-	2
78	-	-	1	1	2
91	-	1	1	-	3
92	1	-	2	-	-
93	-	1	1	-	5
94	-	1	-	-	2
95	-	-	-	-	-
IDF	3	4	7	2	16

DIALYSE À DOMICILE PAR DIALYSE PÉRITONÉALE					
	AP-HP	Public hors AP-HP	ESPIC	Privé non lucratif	Privé lucratif
75	7	-	1	1	1
77	-	2	-	-	1
78	-	1	1	-	1
91	-	1	-	-	2
92	1	1	1	-	1
93	-	1	-	-	5
94	1	1	-	-	-
95	-	1	-	-	1
IDF	9	8	3	1	12

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP)

Activité soumise aux dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (LBE).

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Les autorisations concernent six modalités cliniques et huit modalités biologiques. Elles sont associées dans 23 centres d'AMP assurant la prise en charge complète (fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation des gamètes et insémination artificielle) de l'infertilité au sein d'établissements de santé. Deux autres établissements assurent l'activité biologique d'AMP par insémination artificielle seule.

Les départements les plus pourvus sont Paris (7 centres), les Hauts-de-Seine (5 centres), la Seine-Saint-Denis (4 centres) puis les Yvelines (2 centres), le Val-de-Marne (2 centres) et le Val-d'Oise (3 centres). L'Essonne et la Seine-et-Marne disposent chacun d'un centre d'AMP. Celui de l'Essonne a débuté son activité en février 2021.

Cette offre d'AMP structurée en centres clinico-biologiques est complétée par des médecins gynécologues libéraux et 10 sites de LBM (laboratoires de biologie médicale) privés à but lucratif effectuant la préparation et la conservation du sperme en vue d'inséminations artificielles (IA).

Parmi tous ces centres, 8 sont autorisés pour la conservation autologue des gamètes et des tissus germinaux pour raison médicale telle que le cancer ; 7 sont autorisés pour le prélèvement et la conservation d'ovocytes en vue d'un don ; 5 pour le prélèvement et la conservation du sperme en vue d'un don et 3 pour l'accueil d'embryon correspondant au don d'embryons.

L'offre a été renforcée depuis la publication de la loi 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

Depuis le 1er janvier 2022, conformément au décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021, 7 centres situés au sein d'établissements de santé publics ou privés non lucratifs habilités à assurer le service public hospitalier sont, par dérogation transitoire, réputés autorisés à pratiquer l'autoconservation, pour raison non médicale, des spermatozoïdes ou des ovocytes. Ils sont situés à Paris, dans les Hauts-de-Seine, en Seine-Saint-Denis et dans les Yvelines.

L'offre d'AMP clinique peut être publique ou ESPIC, et la partie biologique assurée par une structure privée à but lucratif. C'est le cas de 5 centres d'AMP.

En outre, 6 autorisations supplémentaires selon la procédure de besoins exceptionnels, prévue par l'article L. 6122-9 du Code de la santé publique, ont concerné 5 centres afin de renforcer l'offre d'AMP, avant l'entrée en vigueur du PRS 2023-2028. Parmi eux, 3 établissements ont ainsi pu être également réputés autorisés à exercer de façon transitoire l'autoconservation pour raison non médicale à l'été 2023.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (LBE) introduit plusieurs évolutions majeures telles que l'autoconservation des gamètes pour raison non médicale, l'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) des couples de femmes ou des femmes non mariées, et l'accès aux origines pour l'enfant né du don.

Ainsi, à compter du 1er juin 2023, une modalité clinique et une modalité biologique sont créées, en application de l'article L. 2141-12 du Code de la santé publique, pour l'autoconservation sociétale des gamètes, accordée aux femmes âgées de 29 à 36 ans révolus et aux hommes âgés de 29 à 44 ans révolus :

- prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une AMP – modalité clinique ;
- activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP – modalité biologique.

Cette nouvelle activité est réservée aux seuls établissements de santé (ES) publics ou assurant le service public hospitalier. Elle n'est pas permise dans le cadre de leur activité libérale.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Si aucun établissement de santé public ou ESPIC n'assure cette activité dans un département, la Directrice générale de l'ARS peut autoriser, par dérogation, un établissement de santé privé à but lucratif à la pratiquer sous conditions d'implantation disponible dans le PRS3 et d'absence de dépassements tarifaires.

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixe les modalités d'autorisation à pratiquer l'autoconservation non médicale des gamètes. Son article 7 prévoit les dispositions transitoires permettant aux établissements de santé publics et assurant le service public hospitalier d'être réputés autorisés à pratiquer cette autoconservation des gamètes, dans l'attente de la mise en œuvre du PRS3.

En effet, sur le fondement des dispositions de l'article 7 du décret du 30 décembre 2021, les établissements de santé titulaires d'une autorisation accordée pour l'activité de prélèvement d'ovocytes en vue de don sont réputés autorisés à exercer les activités de prélèvement d'ovocytes en vue d'une autoconservation sociétale (modalité clinique).

Les établissements autorisés à l'activité de conservation à usage autologue des gamètes et de préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux (préservation de la fertilité), et ayant le statut d'établissements publics de santé ou d'ESPIC, sont réputés autorisés à pratiquer les activités d'autoconservation sociétale des gamètes (modalité biologique).

Les établissements autorisés à l'activité de recueil, de préparation, de conservation et de mise à disposition du sperme en vue d'un don sont réputés autorisés à exercer, en outre, les activités de recueil, de préparation, de conservation et de mise à disposition du sperme en vue d'une autoconservation.

La seconde évolution majeure de la loi relative à la bioéthique est l'accès à l'AMP des couples de femmes ou des femmes non mariées. Ces nouveaux bénéficiaires s'inscrivent dans des parcours d'AMP avec don de spermatozoïdes et, pour des femmes plus âgées, au double don de spermatozoïdes et d'ovocytes. Ainsi, l'article L. 2141-2 du CSP énonce que l'AMP est destinée à répondre à un projet parental pour tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou pour toute femme non mariée. Cet accès à l'AMP ne peut faire l'objet d'aucune différence de traitement, notamment au regard du statut matrimonial ou de l'orientation sexuelle des demandeurs.

Concernant l'AMP avec tiers donneur, le donneur doit consentir à l'accès aux origines pour l'enfant. Notamment, il n'est plus soumis à l'obligation, d'une part, d'avoir procréé préalablement au don ni, d'autre part, de recueillir le consentement du conjoint.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) AMP activité biologique		Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation Conservation des embryons en vue de projet parental Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux Conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) AMP activité clinique		Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP Prélèvement de spermatozoïdes Transfert des embryons en vue de leur implantation Mise en œuvre de l'accueil des embryons Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une AMP	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don

Évaluation des besoins à 5 ans

Tout d'abord, la population parisienne et des Hauts-de-Seine comporte une plus grande part de femmes et d'hommes répondant aux conditions d'âge pour bénéficier de l'autoconservation de leurs gamètes ainsi que les taux les plus élevés (> 35 %) de femmes ayant au moins 35 ans à l'accouchement. Dans ces deux départements, sont donc domiciliées les personnes les plus à risque d'infertilité et susceptibles de demander d'auto-conserver leurs gamètes. En outre, les projections montrent une augmentation de la population en âge de procréer, en périphérie de la

région.

L'évolution de la demande sociétale, notamment des femmes, très supérieure aux prévisions conduit à augmenter l'offre de façon importante en sollicitant tous les centres ayant des compétences dans le prélèvement des ovocytes et leur vitrification, afin de soulager les sept centres d'AMP concernés. Les demandes plus nombreuses dans la région se traduisent par des délais d'attente supérieurs en Île-de-France atteignant 17 mois, au 30 décembre 2022, *versus* 7 mois au niveau national.

Concernant le parcours d'AMP avec don de spermatozoïdes, il est relevé une augmentation du nombre des donneurs par rapport à 2021, en dépit de la nécessité de consentir à l'accès aux origines. Ce parcours est à renforcer pour anticiper une augmentation importante des tentatives d'AMP chez les femmes non mariées ou en couple.

Concernant le parcours d'AMP avec don d'ovocytes, il est constaté une dynamique positive des dons d'ovocytes et un délai de prise en charge des personnes receveuses moins dégradé qu'au niveau national au 30 décembre 2022 (17 mois *versus* 23 mois). Ce parcours continue de concerner principalement les couples hétérosexuels.

Dans le contexte de croissance de l'âge des femmes s'engageant dans un parcours d'AMP, il est attendu une demande en hausse du double don.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Toute activité d'AMP doit suivre le référentiel de bonnes pratiques (arrêté du 5 octobre 2023). Pour toute activité d'AMP, **quel qu'en soit le motif** (infertilité ou préservation de la fertilité), il est nécessaire **d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire et de prendre en charge un volume minimum d'activité pour le maintien des compétences et des performances.** La coordination étroite entre le clinicien, le biologiste médical et les autres professionnels de santé intervenant est indispensable, notamment concernant l'indication et le choix de la technique, afin d'améliorer la pertinence des actes.

Il n'est pas retenu la mise en œuvre de centres dédiés à la réalisation d'AMP non médicale. En conséquence, il importe que tous les centres s'engagent sur un pourcentage d'activité non médicale afin de répartir équitablement cette activité. De plus, celle-ci ne devrait pas être pratiquée au détriment des autres parcours d'AMP. Cependant, il faut souligner que les chances de grossesse sont liées au nombre d'ovocytes vitrifiés et, par conséquent, au nombre de cycles de stimulation effectués. Au surplus, il conviendrait

que le centre prévoie des dispositions concernant la prise en charge des femmes âgées de 35 à 36 ans, proches de la limite d'âge pour la réalisation des AMP non médicales.

Par ailleurs, afin d'éviter toute discrimination, un contrôle de l'absence de reste à charge pour les usagers, à toutes les étapes de leur parcours, est à prévoir.

Enfin, le plan ministériel 2022–2026 pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines prend en compte les nouvelles dispositions introduites par la LBE, qui appellent une vigilance pour :

- réduire les délais d'attente d'accès aux parcours de soins de qualité en AMP ;
- rendre opérationnel le registre permettant l'accès aux origines pour l'enfant né du don ;
- tendre vers l'autosuffisance des dons de gamètes.

Ce plan se développe sur les cinq axes suivants :

- promouvoir une offre équitable ;
- développer la qualité des soins et la sécurité sanitaire ;
- suivre les activités et les résultats et développer les actions d'évaluation ;
- assurer la veille médicale et scientifique afin d'anticiper et participer aux transitions technologiques ;
- communiquer sur l'offre de soins.

LES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION RETENUS POUR LA PÉRIODE DU PRS3 SONT :

- Le suivi du délai d'attente à l'accès au parcours d'AMP sans motif médical afin d'atteindre le délai moyen de la prise en charge au niveau national (sept mois au 30 décembre 2022)
- Le suivi des activités et des résultats des grossesses à terme
- Le suivi de l'accréditation par le Cofrac des LBM

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Les objectifs précités doivent s'appliquer sur tous les territoires.

Une amélioration de la couverture régionale en centres clinico-biologiques d'AMP sur les cinq ans est ciblée, tout en devant satisfaire de façon urgente à une demande augmentée de façon brutale depuis la fin de l'année 2021. Cette double condition conduit à privilégier des structures existantes, répondant déjà aux nouvelles demandes ou en capacité d'y répondre à brève échéance.

C'est pourquoi les objectifs quantifiés du PRS prévoient de pouvoir autoriser le maximum de structures candidates satisfaisant aux conditions légales et réglementaires.

Notamment dans le Val-d'Oise, deux établissements de santé publics sont volontaires pour créer un centre d'AMP :

- l'un avec une activité initiale d'insémination artificielle ;
- l'autre réalisant tous les parcours sauf le don de gamètes et d'embryons, avec une échéance d'ouverture du centre qui devrait être possible d'ici le second semestre 2025 ou au début de l'année 2026.

Aussi, à la date de publication du PRS3, ce département sera l'unique territoire ne comportant pas de centre d'AMP en capacité de pratiquer la conservation sociétale des gamètes. À défaut d'une autorisation détenue par un établissement public ou ESPIC sur ce territoire, la Directrice générale de l'ARS pourra, par conséquent, autoriser un établissement privé à but lucratif à pratiquer l'activité, sous réserve de la garantie de l'absence de dépassements tarifaires. À cet effet, les implantations supplémentaires prennent en compte cette possibilité.

Également pour faire face aux demandes prévues croissantes, d'une part de la préservation de la fertilité pour raison médicale, et d'autre part de don de gamètes, des implantations supplémentaires sont prévues à l'échelle de la région. En permettant ainsi aux centres d'AMP de disposer d'une offre plus complète, les personnes auront un accès à l'AMP facilité sur le même lieu géographique.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

- **Mentions de ressort régional**

RECUEIL, PRÉPARATION, CONSERVATION ET MISE À DISPOSITION DU SPERME EN VUE D'UN DON (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	5	5	6

PRÉPARATION, CONSERVATION ET MISE À DISPOSITION D'OVOCYTES EN VUE D'UN DON (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	7	7	8

PRÉLÈVEMENT D'OVOCYTES EN VUE D'UN DON (AMP CLINIQUE)			
Zones de répartition = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	7	7	8

- **Mentions de ressort territorial**

RECUEIL, PRÉPARATION ET CONSERVATION DU SPERME EN VUE D'UNE INSÉMINATION ARTIFICIELLE (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	13	12	14
92	7	7	7
93	4	4	4
94	4	4	4
Grande couronne			
77	2	2	2
78	2	2	2
91	1	1	1
95	3	3	4
Total	**36**	**35**	**38**

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

ACTIVITÉS RELATIVES À LA FIV SANS OU AVEC MICROMANIPULATION (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	7	7	7
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
Grande couronne			
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
95	1	1	4
Total	**23**	**23**	**26**

CONSERVATION DES EMBRYONS EN VUE DE PROJET PARENTAL (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	7	7	7
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
Grande couronne			
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
95	1	1	4
Total	**23**	**23**	**26**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

CONSERVATION DES EMBRYONS EN VUE DE LEUR ACCUEIL ET MISE EN ŒUVRE DE CELUI-CI (AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	2	2	2
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
Grande couronne			
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
95	0	0	0
Total	**3**	**3**	**3**

CONSERVATION À USAGE AUTOLOGUE DES GAMÈTES ET TISSUS GERMINAUX (POUR RAISON MÉDICALE - AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	3	3	5
92	2	2	4
93	1	1	1
94	0	1	1
Grande couronne			
77	0	0	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	0	0	1
Total	**8**	**9**	**15**

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

PRÉLÈVEMENT D'OVOCYTES EN VUE D'UNE AMP (AMP CLINIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	7	7	7
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
Grande couronne			
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
95	1	1	4
Total	**23**	**23**	**26**

PRÉLÈVEMENT DE SPERMATOZOÏDES (AMP CLINIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	6	6	6
92	4	4	5
93	4	4	4
94	1	1	1
Grande couronne			
77	0	0	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	0	0	1
Total	**17**	**17**	**20**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

TRANSFERT DES EMBRYONS EN VUE DE LEUR IMPLANTATION (AMP CLINIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	7	7	7
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
Grande couronne			
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
95	1	1	4
Total	**23**	**23**	**26**

MISE EN ŒUVRE DE L'ACCUEIL DES EMBRYONS (AMP CLINIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	2	2	2
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
Grande couronne			
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
95	0	0	0
Total	**3**	**3**	**3**

- **Deux nouvelles mentions de ressort territorial**

ACTIVITÉS RELATIVES À LA CONSERVATION DES GAMÈTES EN VUE DE LA RÉALISATION ULTÉRIEURE D'UNE AMP (RAISON NON MÉDICALE – AMP BIOLOGIQUE)			
Zones de répartition des activités = départements	Établissements réputés autorisés au 01/10/2023 pendant la période transitoire	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	4	4	6
92	3	3	3
93	1	1	1
94	0	1	1
Grande couronne			
77	0	0	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	0	1	2
Total	**10**	**12**	**16**

PRÉLÈVEMENT D'OVOCYTES EN VUE DE LEUR CONSERVATION POUR LA RÉALISATION ULTÉRIEURE D'UNE AMP (RAISON NON MÉDICALE – AMP CLINIQUE			
Zones de répartition des activités = départements	Établissements réputés autorisés au 01/10/2023 pendant la période transitoire	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	3	4	6
92	2	3	3
93	1	1	1
94	0	1	1
Grande couronne			
77	0	0	1
78	1	1	1
91	0	1	1
95	0	1	2
Total	**7**	**12**	**16**

Activités de dépistage et diagnostic prénatals

Activité soumise aux dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (LBE).

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

En octobre 2023, la région dispose en dépistage de :

- 11 autorisations délivrées pour la recherche des aneuploïdies, notamment des trisomies 21, 13 et 18 par le dosage des marqueurs sériques maternels. Au premier trimestre de la grossesse, ce dosage associé à la mesure échographique de la clarté nucale et à l'âge de la femme permet un calcul de risque. Aucun laboratoire de biologie médicale (LBM) ne réalise le dosage des marqueurs sériques maternels dans le département de la Seine-et-Marne, en dépit d'une implantation disponible.
- 4 autorisations délivrées pour l'examen de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel. Cet examen est proposé quand le risque calculé précédent est compris entre 1/1 000 et 1/51. Deux des autorisations ne sont pas mises en œuvre. Bien que les autorisations soient octroyées tant aux structures publiques que privées, il est souligné que deux LBM privés lucratifs effectuent les deux tiers des examens de génétique portant sur l'ADNIc dans le sang maternel sur l'ensemble du territoire national et en utilisant les mêmes réactifs.

À visée de diagnostic, la région dispose de :

- 11 autorisations délivrées pour les examens de cytogénétique (réalisation du caryotype fœtal), y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique, sur prélèvement invasif par amniocentèse ou choriocentèse (environ 3 % des grossesses), proposé notamment quand le risque d'aneuploïdie susmentionné est supérieur ou égal à 1/50. Deux implantations, une à Paris et une en Seine-Saint-Denis, demeurent disponibles.
- 17 autorisations délivrées pour les examens de génétique moléculaire ;
- 7 autorisations délivrées pour les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- 5 autorisations délivrées pour les examens de biochimie fœtale ;
- 4 autorisations délivrées pour les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Cette offre de dépistage et diagnostic prénatals se répartit entre 15 LBM d'établissements de santé publics, 2 LBM privés à but non lucratif, 1 LBM public et 6 LBM privés à but lucratif. Les biologistes médicaux communiquent le résultat obtenu interprété aux prescripteurs, médecin, sage-femme ou conseiller en génétique. Le LBM transmetteur en est informé.

Tableau DPN : Nombre de prélèvements étudiés par type d'activité dans la région Île-de-France et en France en 2021

TYPE D'ACTIVITÉ	Nombre d'examens (1)	
	Ile-de-France	France
Génétique		
- ADNIc : dépistage d'aneuploïdies	44545	128958
- ADNic : détermination du rhésus fœtal	65750	74414
- Caryotype avec ou sans ACPA	5613	15422
- ACPA seule	1564	6511
- Maladie monogénique	1407	2889
Biologie maladies infectieuses		
- Virologie	1805	4002
- Toxoplasmose	401	890
Biochimie fœtale et marqueurs sériques maternels		
- Marqueurs sériques maternels	179464	629688
- Défaut de fermeture du tube neural	118	210

(1) Nombre d'examens :
- Nombre de grossesses pour les dépistages par marqueurs sériques maternels et les examens à partir d'ADNIc
- Nombre de prélèvements pour la toxoplasmose
- Nombre de fœtus pour les autres examens

De plus, la région est dotée de 10 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) autorisés par l'Agence de la biomédecine (ABM), dont 6 à l'AP-HP, pour un total de 48 au niveau national, qui aident les équipes médicales et les personnes concernées avec un projet parental dans la prise de décision et le suivi de la grossesse.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

L'article L. 2131-1 du Code de la santé publique précise que la médecine fœtale s'entend des pratiques médicales, notamment cliniques, biologiques et d'imagerie, ayant pour but le diagnostic et l'évaluation pronostique ainsi que le traitement d'une affection grave ou susceptible d'avoir un impact sur le devenir du fœtus ou de l'enfant à naître. Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la possibilité de recourir, à sa demande,

à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse. En cas de risque avéré, des examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique peuvent être proposés par un médecin, le cas échéant membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

Les examens de dépistage et de diagnostic prénatals sont listés à l'article R. 2131-1 du Code de la santé publique. Pour le dépistage, les examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse comprennent :

- les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels ;
- l'échographie obstétricale et fœtale ;
- les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant (ADN fœtal lc) dans le sang maternel.

Pour le diagnostic, les examens de biologie médicale et d'imagerie comprennent :

- les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- les examens de génétique moléculaire ;
- les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- l'échographie obstétricale et fœtale et les autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique.

Seules les six modalités biologiques précitées sont soumises au régime des autorisations. Le dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels est l'examen concernant le plus grand nombre de femmes enceintes (179 464 prélèvements pour 168 609 naissances vivantes enregistrées en 2021).

La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a introduit des modifications concernant les modalités d'information de la femme enceinte, afin notamment de prévoir :

- si elle le souhaite, l'information de l'autre membre du couple lorsqu'elle vit en couple au cours d'une consultation individuelle dédiée ;
- son information de résultats d'examens de génétique fœtale sans relation avec l'indication initiale et pouvant justifier d'investigations complémentaires.

La loi prévoit également la prescription d'examens par le conseiller en génétique, sous la responsabilité du médecin.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Diagnostic prénatal (DPN)		Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique Examens de génétique moléculaire Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

Évaluation des besoins à 5 ans

La biologie prénatale évolue vers un recours plus important, d'une part des examens non invasifs sur prélèvements du sang maternel à partir duquel l'ADN fœtal peut être extrait, et d'autre part de technologies ayant une résolution diagnostique plus précise comme l'ACPA (analyse chromosomique sur puce à ADN) ou le séquençage à très haut débit de l'exome ou du génome entier fœtal.

De plus, si l'examen de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (ADNlc) est principalement un examen de dépistage des aneuploïdies, ces examens se sont développés ces dernières années et peuvent également être réalisés à visée diagnostique dans des indications de détermination du rhésus fœtal D et de détermination du sexe fœtal ou de diagnostic de certaines maladies monogéniques.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Les LBM, autorisés par l'ARS, sont accrédités par le Cofrac (Comité français d'accréditation) selon la norme NF EN ISO 15 189. Les biologistes médicaux doivent être en mesure de prouver leurs compétences.

L'amélioration du recours au DPN de toutes les femmes enceintes, dans un contexte de croissance de l'âge à la première maternité exposant le fœtus aux risques d'affections, constitue l'objectif cible principal.

Le plan ministériel 2022-2026 pour l'embryologie prend en compte les nouvelles technologies en génétique médicale et en médecine fœtale, qu'il convient d'adapter dans une pratique quotidienne et sécurisée. Ce plan se développe sur les cinq axes suivants :

- promouvoir une offre équitable ;
- développer la qualité des soins et la sécurité sanitaire ;
- suivre les activités et les résultats et développer les actions d'évaluation ;
- assurer la veille médicale et scientifique afin d'anticiper et de participer aux transitions technologiques ;
- communiquer sur l'offre de soins.

LES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION RETENUS POUR LA PÉRIODE DU PRS3 SONT :

- Le suivi de l'accréditation par le Cofrac des LBM
- Le suivi annuel du nombre de femmes enceintes prélevées par type d'activité au regard du nombre de grossesses déclarées

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Des disparités territoriales de santé sont persistantes dans la région, avec des indicateurs moins bons en Seine-Saint-Denis (grossesses déclarées plus tardivement). L'âge croissant de la femme au premier accouchement contribue à exposer davantage le fœtus aux risques d'affections. Aussi, des implantations supplémentaires sont prévues dans la région pour le dosage des marqueurs sériques maternels et les examens de cytogénétique.

Compte tenu de la réalisation, par deux laboratoires de biologie médicale privés lucratifs, des deux tiers des examens de génétique portant sur l'ADNlc dans le sang maternel à visée de dépistage de la trisomie 21 (examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels) sur l'ensemble du territoire national, pour limiter les risques d'atteinte à la continuité de l'offre de cet examen, trois implantations supplémentaires sont proposées.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

EXAMENS DE BIOCHIMIE PORTANT SUR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS (DÉPISTAGE) – ACTIVITÉ TERRITORIALE

Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	5	7	7
92	2	2	2
93	1	1	2
94	0	1	1
Grande couronne			
77	0	0	1
78	1	1	1
91	0	0	0
95	2	2	2
Total	**11**	**14**	**16**

EXAMENS DE CYTOGÉNÉTIQUE, Y COMPRIS LES EXAMENS MOLÉCULAIRES APPLIQUÉS À LA CYTOGÉNÉTIQUE – ACTIVITÉ RÉGIONALE

Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	11	11	13

EXAMENS DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE – ACTIVITÉ RÉGIONALE

Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	17	17	17

EXAMENS EN VUE DU DIAGNOSTIC DE MALADIES INFECTIEUSES – ACTIVITÉ RÉGIONALE

Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	7	7	7

EXAMENS DE BIOCHIMIE FŒTALE À VISÉE DIAGNOSTIQUE – ACTIVITÉ RÉGIONALE			
Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	5	5	5

EXAMENS DE GÉNÉTIQUE PORTANT SUR L'ADN FŒTAL LIBRE CIRCULANT DANS LE SANG MATERNEL (DÉPISTAGE) – ACTIVITÉ RÉGIONALE			
Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	3	4	6

Activité de traitement du cancer

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Contexte

L'activité de traitement des cancers est fortement soutenue au plan national depuis plus de 20 ans, avec des progrès notables en termes d'amélioration et structuration de l'organisation des soins, soutien à la recherche, politiques de prévention et dépistages.

Sur la même période, on observe une amélioration de la survie et une diminution des taux d'incidence pour la grande majorité des cancers. Des cancers de mauvais pronostic avec une survie à cinq ans inférieure à 30 % font désormais l'objet de nouveaux efforts au travers de la stratégie décennale nationale 2021-2030.

La structuration de l'offre de soins a fortement amélioré les possibilités diagnostiques et la qualité des prises en charge. La coordination ville-hôpital se développe au travers de dispositifs hospitaliers et d'expérimentation notamment dans le cadre du suivi des thérapies orales. La coordination des parcours des patients en situation complexe est assurée par la couverture de toute l'Île-de-France par des dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cependant, tout particulièrement en Île-de-France, le dispositif demeure fragile du fait, d'une part, d'une organisation très asymétrique (convergence sur le centre de la région de très gros opérateurs *versus* de toutes petites activités) et, d'autre part, de tensions en ressources humaines, notamment paramédicales, venant accentuer ces difficultés et les organisations en place avec, pour exemple, des tensions sur les manipulateurs en électroradiologie médicale en radiothérapie externe (avec régulièrement 20 % des plages de traitement non utilisées en 2022[96]), sur les anesthésistes, IADE[97], IBODE[98] et sur les infirmiers assurant des missions transversales (coordination, dispositif d'annonce, programme personnalisé de soins).

96 Données établissements.

97 IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'État.

98 IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'État.

Chez l'enfant

L'organisation de la prise en charge est structurée au travers de quatre centres de référence, des services de chirurgie spécialisée et des hôpitaux généraux au titre d'établissements associés. Les prises en charge peuvent être relayées vers des services de soins médicaux et de réadaptation d'hémato-cancérologie et vers l'hospitalisation à domicile. Cette organisation garantit un accès à l'expertise tout en permettant une prise en charge de proximité lors de certaines étapes du traitement. L'organisation interrégionale en oncopédiatrie de coordination inter-hospitalière (CANPEDIF) organise et garantit la concertation pluridisciplinaire. Cette organisation graduée en Île-de-France s'appuie sur les actions de coordination et de formation des acteurs du réseau de cancérologie pédiatrique RIFHOP[99].

Des unités adolescents-jeunes adultes ont été identifiées. Elles doivent s'organiser pour assurer une coordination régionale. Des programmes de suivi à l'âge adulte de patients traités pour une pathologie tumorale dans l'enfance se mettent en place.

Chez l'adulte

La prise en charge repose sur quelques grands centres ayant une offre en cancérologie diversifiée et un niveau d'activité élevé, ainsi que sur un nombre plus important de centres de taille moindre offrant moins de modalités de traitement.

En octobre 2023, 133 structures sont autorisées pour l'activité de traitement du cancer, comprenant 2 centres de lutte contre le cancer (CLCC), l'AP-HP sur 19 sites, 28 établissements généraux, 9 ESPIC et 75 établissements privés lucratifs et cabinets de radiothérapie.

Au total, 424 modalités différentes sont autorisées :

- pour la chirurgie des cancers, 118 établissements dont 108 pour des modalités soumises à seuil : 67 en chirurgie mammaire, 87 en digestif, 63 en urologie, 47 en gynécologie, 32 en ORL-maxillo-facial et 17 en thoracique ;
- pour la pratique de la chimiothérapie, 83 établissements ;
- en radiothérapie externe, 26 structures. L'irradiation en sources non scellées est assurée par 12 services et les différentes techniques de curiethérapie par 11 établissements.

Les patients, dans le cadre de la prise en charge initiale, des comorbidités ou lors de l'évolution de leur maladie, peuvent être orientés vers des

99 RIFHOP : Réseau d'hématologie et d'oncologie pédiatrique d'Île-de-France.

services de soins médicaux et de réadaptation ou disposer d'une prise en charge via des structures d'hospitalisation à domicile. Cette organisation facilite la prise en charge de proximité et ces établissements viennent compléter le dispositif au titre d'établissement associé en cancérologie. Les soins palliatifs, avec un double objectif d'accompagnement précoce et d'ouverture vers le domicile, sont délivrés notamment au sein des unités de soins palliatifs (USP), des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et des services d'oncologie et de spécialité avec l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

Cinq unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) déploient leurs actions au niveau territorial pour améliorer la prise en compte des spécificités liées au vieillissement. Certes peu nombreux, des établissements s'inscrivent dans l'accréditation européenne OECI[100].

La structuration de l'organisation repose également sur le soutien de dispositifs régionaux en place : le CRCDC (centre régional de coordination des dépistages des cancers) avec une antenne par département ; ONCORIF[101], dispositif spécifique régional du cancer pour coordonner les différents dispositifs et veiller à l'information et à la formation ainsi qu'à la diffusion des bonnes pratiques ; le Cancéropôle Île-de-France sur le segment de la recherche fondamentale et industrielle.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Au sens de l'article R. 6123-86 du Code de la santé publique, l'activité de soins de traitement du cancer consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical, ou réalisé par radiothérapie externe ou par curiethérapie. Cette activité est soumise à la réforme des autorisations de soins.

Une réforme restructurante

Les décrets[102] publiés en avril 2022 réaffirment les exigences déjà introduites par les précédents textes[103], telles que la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), le dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), les soins de support, l'accès aux essais cliniques et à l'innovation. En outre, ce nouveau cadre induit une remise à plat du dispositif et la nécessité d'y intégrer la gradation des soins

100 OECI : Organisation of European Cancer Institutes.

101 ONCORIF : dispositif spécifique régional du cancer en Île-de-France.

102 Décrets n° 2022-689 et n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatifs aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer.

103 Décrets n° 2007-388 et n° 2007-389 du 21 mars 2007.

et le renforcement des seuils d'activité.

L'identification de la gradation des soins

Les décrets de 2022 induisent une remise à plat du dispositif et la nécessité d'y intégrer une gradation des soins au travers d'objectifs quantitatifs de l'offre de soins de mentions A et B. La mention C, quant à elle, permet d'identifier les activités pédiatriques.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer – TMSC

Ceux-ci regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante, quelles que soient les voies d'administration.

Les sites mention A assurent « les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B ».

Les sites mention B assurent, « en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible ». Ils correspondent aux sites disposant de soins intensifs d'hématologie (SIH).

Les sites mention C assurent « les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours ».

Radiothérapie

Les sites de mention A assurent les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte.

Les sites de mention B assurent les traitements de curiethérapie chez l'adulte.

Les sites de mention C assurent, en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans.

N. B. : L'irradiation en sources non scellées, pratique thérapeutique autorisée avant la réforme des autorisations dans le périmètre de l'activité de traitement du cancer, est, dans le cadre de la réforme, autorisée au titre de l'activité de médecine nucléaire.

Chirurgie oncologique

Les sites mention A assurent « la chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs, et hors chirurgie complexe citée en mention B ».

Les sites mention B assurent, « en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, une **mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée** ».

L'établissement demandeur d'une mention B doit disposer d'une organisation lui permettant :

- d'organiser les **réunions de concertation pluridisciplinaire de recours** de chirurgie oncologique complexe ;
- d'organiser et de **protocoliser une coopération multidisciplinaire** autour des parcours de soins chirurgicaux oncologiques complexes, sur place ou territorialisée par voie de convention avec d'autres établissements de santé, en vue d'interventions coordonnées, y compris de façon non programmée et en peropératoire, d'équipes de chirurgie oncologique, d'autres chirurgies spécialisées, de médecine spécialisée, de soins critiques et de chirurgie reconstructrice ;
- d'assurer une **mission de recours et d'expertise** auprès de titulaires de chirurgie oncologique avec la mention A.

En outre, la réforme prévoit, dans le cadre de la mention B, la possibilité de demander à réaliser des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS). Celles-ci ciblent, notamment, des cancers de mauvais pronostic ou pour lesquels l'impact chirurgical est déterminant :

- pour les sites mention B chirurgie oncologique gynécologique, PTS chirurgie des cancers de l'ovaire en situation avancée ;
- pour les sites mention B chirurgie oncologique digestive, PTS chirurgie du pancréas, foie, œsophage, estomac, rectum.

Les sites mention C assurent la chirurgie oncologique chez les moins de 18 ans.

Tableau : Modalités et leurs différentes mentions faisant l'objet d'OQOS

	Mention A	Mention B	Mention C
Chirurgie oncologique viscérale et digestive adulte	A1	B1	
Chirurgie oncologique thoracique adulte	A2	B2	
Chirurgie oncologique ORL-MF adulte	A3	B3	
Chirurgie oncologique urologique adulte	A4	B4	
Chirurgie oncologique gynécologique adulte	A5	B5	
Chirurgie oncologique mammaire adulte	A6		
Chirurgie oncologique indifférenciée adulte	A7		
Chirurgie oncologique pédiatrique			C
Traitements médicamenteux systémiques du cancer - TMSC	A	B	C
Radiothérapie externe	A		C (a)
Radiothérapie-curiethérapie		B	C (b)

Le renforcement de certains seuils d'activité

La réforme des autorisations prévoit, pour les chirurgies oncologiques soumises à seuil, une modification de la méthode de calcul des seuils qui est centrée sur la chirurgie d'exérèse. La réforme introduit des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) également soumises à seuil pour les chirurgies oncologiques digestives et gynécologiques. Les autorisations sont délivrées par site géographique et le seuil est applicable annuellement.

Tableau : Les activités soumises à seuil – Évolution des seuils entre les arrêtés de 2007 et 2022

Modalités	Seuil arrêté 2007[104]	Seuil arrêté 2022[105]	Chirurgie complexe – Pratiques thérapeutiques spécifiques – arrêté 2022
Chir. Sein	30 séjours	70 actes	
Chir. Digestive	30 séjours	30 actes	Rectum, foie, œsophage, pancréas, estomac : au minimum 5 actes/organe
Chir. Urologique	30 séjours	30 actes	
Chir. Thorax	30 séjours	40 actes	
Chir. Gynécologique	20 séjours	20 actes	Ovaire : 20 actes
Chir. ORL-MF	20 séjours	20 actes	

104 Arrêté 2007.

105 Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer 2022 – Il s'agit de séjours avec actes de la liste INCa.

Les sites adultes autorisés en Île-de-France – Les tendances depuis 2009

Les exigences réglementaires qualitatives et quantitatives ont eu des impacts majeurs, et chaque procédure de renouvellement s'est accompagnée de retraits ou de caducités d'autorisations avec passage de 541 à 424 modalités autorisées entre 2009 et 2022 (cf. tableau).

Tableau : bilan de la mise en œuvre des décrets cancer de 2007, évolution 2009-2022

	Autorisations – nombres de sites			Évolution en %	
Modalités autorisées	2009	2018	2022	2009-2022	2018-2022
Chir. Sein	89	74	68	- 23,6	- 8,1
Chir. Digestive	109	96	87	- 20,2	- 9,4
Chir. Urologique	85	67	64	- 24,7	- 4,5
Chir. Thorax	22	19	17	- 22,7	- 10,5
Chir. Gynécologique	63	51	47	- 25,4	- 8
Chir. ORL-MF	52	39	32	- 38,5	- 17,9
Chimiothérapie	93	84	83	-10,7	- 1
Radiothérapie externe	28	26	26	- 7,1	
Total	541	456	424	- 21,6	- 7

Conséquences de la réforme

En prenant en compte les évolutions réglementaires, en 2022, 95 autorisations (22 %) sont inférieures au seuil (cf tableau). Sur les activités chirurgicales, ce sont 28 % des autorisations qui sont inférieures au seuil (soit 91 autorisations, 64 ES concernés sur 105 autorisés pour au moins une localisation de chirurgie du cancer soumise à seuil).

La situation ne s'améliore pas à distance de la crise du Covid-19 avec déjà, en 2021, 20 % (86 autorisations) des modalités qui étaient inférieures au seuil.

L'impact de la réforme porte essentiellement, chez l'adulte, sur la chirurgie oncologique :

- tous les départements d'Île-de-France sont concernés par des activités inférieures au seuil. Le centre de la région est très attractif et plus équipé, ce qui déstabilise d'autant plus les activités dans les établissements de grande couronne ;

- ce mouvement est accentué par l'introduction de la gradation des soins et conduit à concentrer la prise en charge des situations complexes et de recours, avec pour conséquence la diminution du nombre de chirurgie en proximité.

Tableau : Part des établissements autorisés en mai 2023 au regard de l'atteinte des seuils (PMSI 2022)

	Établissements de santé ayant une autorisation au 15/05/2023				
Modalités autorisées	**Total**	**< seuil**		**1 à 2 fois le seuil**	**≥ 2 fois le seuil**
Chir. Sein	68	25	36 %	18	25
Chir. Digestive	87	34	39 %	32	21
Chir. Urologique	64	8	12 %	22	34
Chir. Thorax	17	4	23 %	1	12
Chir. Gynécologique	47	15	31 %	15	17
Chir. ORL-MF	32	5	15 %	10	17
Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)	83	3	4 %	14	66
Radiothérapie externe	26	1	4 %	13	12
Total	**424**	**95**	**22 %**	**125 (29 %)**	**204 (48 %)**

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Modalité Chirurgie des cancers		**Modalité Chirurgie oncologique adulte mention** A1 et B1_ chirurgie oncologique viscérale et digestive A3 et B3_ chirurgie oncologique de la sphère oro-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde A4_ chirurgie oncologie urologique A5 et B5_ chirurgie oncologique gynécologique A6_ chirurgie oncologique mammaire A7_ chirurgie oncologique indifférenciée	**Modalité Chirurgie oncologique adulte mention** A2 et B2_ chirurgie oncologique thoracique B4_ chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique **Modalité Chirurgie oncologique mention C** Enfants et adolescents de moins de 18 ans
Modalité Radiothérapie externe, curiethérapie		Mention A Radiothérapie externe chez l'adulte	Mention B_ curiethérapie chez l'adulte Mention C_ radiothérapie externe, curiethérapie adulte et pédiatrie
Modalité Traitements médicamenteux systémiques du cancer		Mention A Traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte hors chimiothérapies intensives Mention B Traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	Mention C assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

Évaluation des besoins à 5 ans

Une amélioration de la survie et une diminution des taux d'incidence sont observées en France pour la grande majorité des cancers. Cependant, il demeure des cancers de mauvais pronostics avec une survie à cinq ans inférieure à 30%. En Île-de-France et par rapport à la France hexagonale, les marqueurs épidémiologiques sont favorables chez les hommes alors qu'une légère surmortalité est observée chez les femmes pour les cancers du sein et du poumon.

Dans ce contexte épidémiologique favorable, les besoins augmentent en rapport avec l'accroissement de la population, son vieillissement, la diffusion des dépistages et les progrès thérapeutiques conduisant à une augmentation de la survie sous traitement. Ainsi, le nombre de patients en radiothérapie externe et en TMSC augmente de plus de 1% par an en moyenne alors qu'en chirurgie, l'activité apparaît plus stable.

En outre, les modalités de prise en charge évoluent afin de répondre à la pluralité des situations, nécessitant plus d'expertise et de spécialisation, et rendant l'exercice en équipe pluridisciplinaire essentiel. L'accès à la biologie moléculaire et à l'étude génétique devient essentiel. Les alternatives thérapeutiques se multiplient et doivent être discutées au sein de la RCP ayant le quorum requis. Les prises en charge doivent être en cohérence avec le plateau médico-technique et la continuité des soins.

La place de la chirurgie varie en fonction des localisations et de l'évolution des schémas thérapeutiques. Dans certaines indications, le développement des traitements néoadjuvants et les innovations technologiques permettent des chirurgies conservatrices et/ou moins morbides. En raison des progrès thérapeutiques, les prises en charge chirurgicales des récidives, qui peuvent être complexes, sont plus fréquentes. Le parcours chirurgical devient global avec le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie et des soins oncologiques de support.

Concernant la radiothérapie externe, les indications augmentent en rapport avec le développement de nouvelles techniques (stéréotaxie, radiothérapie adaptative), et notamment la possibilité de réirradiation. Le développement de l'hypofractionnement, validé dans plusieurs indications, a pour impact une augmentation du temps de préparation en radiophysique avec une diminution du temps machine, ce qui permet d'amortir dans une certaine mesure les difficultés en ressources humaines en santé. La protonthérapie s'inscrit dans une organisation coordonnée avec les deux autres centres au plan national et porte sur des indications pédiatriques, en cours d'évaluation pour les autres indications. Les besoins en irradiation corporelle totale augmenteront modérément dans un contexte de difficulté d'accès à cette technique.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer, les thérapies ciblées et l'immunothérapie poursuivent leur développement, rendant incontournable la médecine personnalisée et l'accès aux analyses moléculaires. En hématologie, les indications de greffe augmentent pour les hémoglobinopathies, de même que les indications de CAR-T cells dans les indications malignes. Les besoins de coordination et de surveillance augmentent avec la gestion des toxicités des nouvelles thérapeutiques et des parcours de plus en plus ambulatoires.

En pédiatrie, l'incidence des cancers de l'enfant dont les causes sont inconnues augmente légèrement avec une stabilité de la mortalité. Les taux de survie progressent. Les besoins à cinq et dix ans peuvent être considérés comme stables, voire en augmentation, du fait de l'allongement de la durée de vie sous traitement. Les soins palliatifs doivent être renforcés et l'offre complétée par une structure régionale de répit à valence pédiatrique.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en intégrant les nouvelles exigences réglementaires.

Dans ce contexte, il convient de rappeler le lien entre niveau d'activité et qualité de la prise en charge induisant, de fait, la nécessité de prendre en compte les nouvelles exigences, avec une contrainte persistante s'agissant des ressources humaines.

Dès publication du PRS, la mise en œuvre des différents dispositifs se traduira par une remise à plat des autorisations. Au vu des caractéristiques de l'offre francilienne, ce travail aura pour conséquence la diminution du nombre d'implantations engendrant une recomposition marquée, particulièrement au sein des GHT et des groupes privés.

Cette dynamique représente une opportunité de :

- **rééquilibrer l'offre, en particulier concernant la chirurgie oncologique, entre les départements** : prioriser les activités vers les territoires les moins dotés. Les créations d'activité interviendront par recomposition de l'offre existante, avec une application des nouvelles disposition ;
- **structurer la gradation de l'offre de soins**. Veiller à l'adéquation de la prise en charge avec le plateau médicotechnique et la continuité des soins en place
  - Il s'agira de proposer des implantations en mention B en nombre suffisant pour couvrir les besoins, mais qui soient en capacité de

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

remplir les exigences ;

- **pérenniser les filières d'excellence** et renforcer l'accès aux prises en charge de recours ainsi qu'aux innovations.

Objectifs transversaux

- **Accompagner l'évolution des activités de soins dans le cadre de la remise à plat des autorisations, et faire évoluer l'organisation de la prise en charge des parcours dans une logique territoriale**
  - Encourager les coopérations, les recompositions pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge, l'accès diagnostique et thérapeutique dans des délais compatibles avec les recommandations. S'appuyer sur les sites d'excellence et renforcer les partenariats pour développer l'expertise plus en proximité, l'objectif étant de mailler le territoire francilien pour les prises en charge de recours et complexes et assurer la meilleure couverture territoriale pour des soins de haute qualité dans toute la région.
  - Garantir le niveau d'expertise lié aux évolutions (exemple du diagnostic moléculaire pour guider l'évaluation pronostique et les traitements), l'accès aux innovations et aux prises en charge de recours.
  - Prendre en compte le contexte très défavorable des ressources humaines en recomposant les activités sur moins de sites, tout en veillant à ne pas aggraver les inégalités dans l'organisation territoriale.
  - Améliorer la réponse en ville, la coordination ville-hôpital, l'organisation de l'accès aux soins de support, l'anticipation de la démarche palliative.
  - Orienter les patients vers une prise en charge adaptée pour diminuer les facteurs de risque de récidive et de moindre efficacité des soins (tabac, alcool, sédentarité).
  - Améliorer l'accès aux services de soins médicaux et de réadaptation d'oncologie et d'onco-hématologie ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile.

Objectifs par modalité thérapeutique – Adulte

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

Maintenir une offre attractive pour les patients et les professionnels en développant les coopérations pouvant intégrer des partenariats pour la réalisation de chimiothérapies à domicile. L'identification des sites mention A correspond à l'organisation actuelle prenant en compte les grandes fragilités. Dans ce cadre, il s'agira de veiller à la présence d'une activité de médecine en hospitalisation complète pour la prise en charge des effets secondaires et des complications, en lien avec l'âge, les comorbidités et l'évolution de la maladie, pour les sites disposant d'une activité de traitements médicamenteux systémiques du cancer autorisée mais réalisée uniquement en hôpital de jour.

Il est précisé que les sites de mention A prenant en charge certains types d'hémopathies seront identifiés par voie de reconnaissance contractuelle, afin de faciliter la lisibilité des organisations. La mention B correspond aux sites équipés de soins intensifs d'hématologie, à ce jour identifiés au travers des reconnaissances autorisant le traitement de tous types d'hémopathies et couvrant les huit départements. Le nombre de lits de soins intensifs d'hématologie en Île-de-France est conséquent et leur ouverture complète devrait permettre de répondre aux besoins.

Chirurgie oncologique

Accompagner l'impact de la mise en œuvre des décrets sur les organisations et proposer un maillage garantissant qualité et sécurité des soins

- Éviter les activités isolées et adosser, dans la mesure du possible, les activités de chirurgie oncologique à l'activité TMSC.
- Veiller à l'adéquation entre la prise en charge et le plateau médico-technique, les soins critiques, la continuité des soins et la composition de l'équipe.
- Mettre en place la gradation des soins et les RCP de recours afférentes, la complexité relevant de la technique, de la stratégie chirurgicale ou encore des comorbidités du patient et/ou des traitements associés.

Dans ce cadre, les sites mention B devront **organiser les réunions de concertation pluridisciplinaire de recours** de chirurgie oncologique complexe, organiser et **protocoliser une coopération multidisciplinaire** autour des parcours de soins chirurgicaux oncologiques complexes, **assurer une mission de recours et d'expertise** auprès de titulaires de chirurgie oncologique avec la mention A.

La déclinaison présentera des spécificités en fonction des modalités.

Chirurgie oncologique viscérale et digestive : au regard de la fréquence des activités relevant de la mention B, accompagner des structures afin de favoriser la localisation de sites mention B dans l'ensemble des départements. Le nombre de sites pour une ou des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) prendra en compte l'incidence de la pathologie et la technicité de la prise en charge.

Chirurgie oncologique thoracique : pérenniser l'organisation existante pour

les établissements répondant aux exigences réglementaires, tout en veillant à la meilleure couverture possible des territoires. L'activité étant concentrée sur un nombre restreint d'opérateurs à forte expertise, positionner en mention B les sites répondant aux exigences et ayant une activité clairement supérieure au seuil. Renforcer la collaboration entre les équipes chirurgicales et oncologiques, les traitements systémiques du cancer demeurant le socle thérapeutique. Des modalités de dépistage du cancer bronchique sont en cours d'élaboration, qu'il conviendra d'intégrer dans le parcours.

Chirurgie oncologique de la sphère oro-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde : garantir une discussion du projet thérapeutique intégrant les alternatives en RCP. Faciliter l'accès à la reconstruction dans le même temps opératoire que la chirurgie d'exérèse.

Chirurgie oncologique urologique : consolider l'organisation existante en intégrant l'accès à une information claire et loyale concernant les différentes options de traitement des formes localisées et leurs effets secondaires, les modalités d'accès à la prostatectomie par voie coelioscopique robot-assistée et l'accès aux traitements innovants. Est attendue une stratégie de dépistage en matière de diagnostic précoce du cancer de la prostate.

Chirurgie oncologique gynécologique : garantir l'expertise requise pour les prises en charge complexes ou de recours. Il est à noter que les exigences sur la chirurgie oncologique ovarienne rejoignent celles de la labellisation européenne ESGO[106] quant au volume d'actes exigé et à la pluridisciplinarité. Les centres mention A5 assureront la chirurgie oncologique des cancers pelviens hors ovaires et non complexes. Les centres mention B5 assureront, en sus du périmètre A5, la chirurgie complexe hors ovaire et, le cas échéant et sur demande, toute la chirurgie ovarienne au titre de la pratique thérapeutique spécifique. Cinq sites bénéficient actuellement de la labellisation européenne ESGO et seront recours pour les avis hyperspécialisés et, le cas échéant, les chirurgies les plus complexes.

Chirurgie oncologique mammaire : garantir, dans l'organisation, l'accès à la reconstruction mammaire. Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.

Chirurgie indifférenciée : les activités relevant d'une mention A7 (cancers os et tissus mous, cancers cutanés, cancers de l'œil, cancers de la thyroïde, tumeurs malignes du système nerveux central, autres) ont vocation à être intégrées dans les filières de prise en charge cancérologiques, et feront l'objet d'une identification au travers de critères qui seront déterminés au

106 ESGO : L'European Society of Gynaecological Oncology est une association européenne de professionnels de la santé et de chercheurs spécialisés dans l'étude, la prévention, le traitement et le soin des cancers gynécologiques.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

cours de la mise en œuvre du PRS3. La décision d'autorisation précisera les organes traités.

Radiothérapie - Pérenniser l'organisation actuelle

En radiothérapie externe, engager les opérateurs non dotés vers un accès à la stéréotaxie. Ne pas prévoir d'implantations supplémentaires, le développement passant, notamment, par l'augmentation d'équipements sur les sites disposant actuellement de deux machines. Maintenir une implantation de cyclotron pour l'activité de protonthérapie et prévoir sur ce site une autorisation d'anesthésie.

Réaffirmer les engagements sur l'irradiation corporelle totale (ICT) : pour les enfants, besoins couverts par les CLCC, les indications sous anesthésie générale étant réalisées uniquement sur un site ; pour l'adulte, les CLCC et l'AP-HP couvrent chacun leurs propres besoins. La coordination des acteurs concernés est essentielle.

En curiethérapie, faciliter l'accès et pérenniser l'organisation existante.

Objectifs par modalité thérapeutique – Enfant

Tous les sites détenant, en octobre 2023, une autorisation d'activité de traitement du cancer pédiatrique réalisent une activité composant ainsi une offre de soins en cohérence avec les besoins de la population. Il s'agira de reconduire l'organisation existante avec la mise en œuvre des nouvelles exigences réglementaires.

À souligner, les RCPPI[107] sont organisées par CANPEDIF.

Chirurgie oncologique pédiatrique

Les autorisations de chirurgie des cancers pédiatriques sont conditionnées par les autorisations de traitements médicamenteux systémiques du cancer pédiatriques

Les décrets de 2022 (article R. 6123-92-1 du Code de la santé publique) introduisent le principe selon lequel un établissement doit disposer d'une autorisation de traitements médicamenteux systémiques du cancer pédiatrique pour disposer d'une autorisation de chirurgie des cancers pédiatriques. Des dérogations à ce principe sont autorisées, quand elles sont prévues dans le schéma régional de santé (article R. 6123-92-1 alinéa 2 du Code de la santé publique).

En Île-de-France, en octobre 2023, quatre sites autorisés en chirurgie oncologique pédiatrique ne remplissent pas la condition précitée. L'offre de soins est néanmoins nécessaire. Par conséquent, pour trois sites, une autorisation de chirurgie des cancers pédiatriques sera accordée, même s'ils ne

107 RCPPI : réunion de concertation pluridisciplinaire pédiatrique interrégionale.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

disposent pas d'une autorisation de traitements médicamenteux systémiques du cancer pédiatrique. Pour le quatrième site, l'activité pédiatrique concernera les 16-17 ans, après orientation de la RCPPI, et sera organisée sous couvert d'une autorisation adulte.

Le PRS3 prévoit d'identifier des spécialités chirurgicales de cancérologie pédiatrique

Afin de mettre en lisibilité l'organisation régionale des soins, les établissements disposant d'une autorisation de chirurgie des cancers pédiatriques bénéficieront de reconnaissances contractuelles visant à identifier les différentes spécialités chirurgicales de cancérologie pédiatrique réalisées dans l'établissement.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

L'organisation graduée mise en place dans le cadre des décrets de 2007 a vocation à être reconduite. Elle repose sur quatre sites autorisés en lien avec des établissements associés à la prise en charge dans les huit départements et l'intervention du RIFHOP. Un cinquième site dispose d'une autorisation au titre des conditionnements de greffes.

Radiothérapie

Les traitements pédiatriques sont assurés par les deux CLCC et, pour les adolescents et jeunes adultes, par un site de l'AP-HP. Les engagements pour l'accès à l'ICT sont réaffirmés (cf. partie adulte).

LES INDICATEURS RETENUS POUR LE SUIVI DU PRS3 SONT LES SUIVANTS :

- Les décrets instaurent le principe d'auto-évaluation des titulaires d'autorisation de traitement du cancer sur la base d'indicateurs anonymisés de suivi de la qualité de la pratique de l'activité de soins par le titulaire. Ces indicateurs sont fixés par arrêté et à transmettre annuellement à l'ARS et à l'INCa (arrêté en attente).
- Dans l'attente, les indicateurs suivants seront proposés en Île-de-France :
  - Part de patients bénéficiant du dispositif d'annonce
  - Taux de remise du PPS et du PPAC
  - Taux de passage en RCP
  - Part de RCP ayant une charte de fonctionnement
  - Respect du quorum en RCP
  - Accès à une RCP oncopalliative

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

L'ensemble des enjeux précités, tout autant que les objectifs qui en découlent, devront être déclinés au regard des exigences réglementaires, pour certaines récentes. Dès lors, la mise en œuvre du PRS3 induit des collaborations, coopérations, recompositions qui permettront, notamment, de diminuer les asymétries d'offre entre les différents départements. Au regard de l'augmentation des exigences, durant la période du PRS3, une diminution des OQOS interviendra dans tous les départements. La remise à plat de l'organisation appellera une vigilance particulière afin de maintenir des activités dans les territoires moins dotés et qui répondront à l'ensemble des exigences.

Au regard de la faiblesse des activités dans certains GHT ou groupes d'établissements privés, les autorisations multiples pour une même modalité seront limitées aux territoires très distants et présentant des spécificités de recrutement. Étant donné le nombre d'autorisations actuelles non conformes aux exigences des nouveaux décrets, et notamment des seuils d'activité, les projets de développement d'activité ne feront pas l'objet d'implantations supplémentaires et pourront se déployer dans le cadre de recompositions.

L'ensemble de ces caractéristiques, dont les fragilités territoriales, se traduit, en termes d'implantations, en borne basse et borne haute pouvant générer, dans quelques situations, des fortes amplitudes. Concernant les mentions B, les bornes prévoient la possibilité d'activité de recours, si les conditions sont remplies, pour la plupart des activités et des territoires.

Les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne ont une offre dense. Outre la prise en compte de l'impact des seuils et des exigences qualitatives, les développements d'activité s'intégreront dans le cadre d'une recomposition de l'offre.

Le département de la Seine-Saint-Denis présente une offre parmi les plus denses d'Île-de-France, mais aussi celle présentant le plus d'écarts aux exigences réglementaires. C'est pourquoi il sera attendu une dynamique de recomposition, tant dans le public que le privé, pour améliorer l'attractivité.

S'agissant des départements de la Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne et du Val-d'Oise, l'offre est nettement moins importante puisqu'on constate un nombre d'offreurs inférieur, pour des territoires plus vastes mais aussi moins denses. Il convient d'encourager les coopérations et les recompositions afin de pérenniser une offre garante de l'accès diagnostique et thérapeutique, la qualité, la continuité et la sécurité des prises en charge.

Révision de juin 2025 du schéma de traitement du cancer

Dans le cadre de la procédure de remise à plat des autorisations d'activité de traitement du cancer, 123 dossiers ont été déposés pour 631 demandes d'autorisation (dont 128 demandes mention A et mention B doublonnées) au cours de la fenêtre de dépôt qui s'est tenue du 15 juin au 15 septembre 2024.

Les demandes étaient en concurrence pour la plupart des mentions, que ce soit en mention A ou en mention B, dans la majorité des départements. Les avis proposés conduisent à saturer les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) dans la plupart des départements. Les quelques cas de non-saturation des OQOS sont liés soit à un nombre inférieur de demandes, soit à des manquements importants à la qualité et sécurité des soins, soit à l'incapacité du promoteur à garantir l'atteinte de la conformité, soit l'absence d'opportunité d'implanter un nouvel opérateur dans un territoire déjà couvert (création d'activité sans proposition de recomposition de l'offre).

Le parcours de prise en charge des patients ayant un cancer est le plus souvent médico-chirurgical et la couverture des besoins apparait satisfaisante globalement. La région compte 26 centres de radiothérapie dont 4 réalisent une activité pédiatrique. Chez l'enfant, ce sont 7 sites autorisés en chirurgie oncologique et 5 en traitements médicamenteux systémiques du cancer.

Pour l'adulte, l'offre est répartie au sein de 124 sites :

- 77 sites autorisés pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer dont 14 sites en mention B ;
- en chirurgie oncologique digestive 71 autorisations dont 53% en mention B, l'activité de PTS d'organe représentant 48% de l'activité ;
- en chirurgie oncologique thoracique, 16 autorisations dont 69% en mention B2 (et possiblement 94% à saturation des OQOS B) ;
- en chirurgie oncologique ORL-MF, 26 autorisations dont 69% en mention B3 ;
- en chirurgie oncologique urologique, 61 autorisations dont 24% en mention B4 ;
- en chirurgie oncologique gynécologique, 38 autorisations dont 55% en mention B5, l'activité ovarienne représentant 44% de l'activité de gynécologie ;
- en chirurgie oncologique mammaire, 55 autorisations ;
- en chirurgie oncologique indifférenciée, 72 autorisations.

Les avis proposés par l'Agence ont été dans la grande majorité suivis par la CSOS et certaines situations justifient d'un ajustement des implantations à court terme pour les motivations suivantes :

- Réforme complexe et nouveauté des mentions de recours dont le calibrage n'est pas évident à articuler avec l'expertise des équipes médicales qu'il convient de ne pas déstabiliser et du nombre d'implantations (particulièrement riches en Île-de-France).
- Sens de la réforme des autorisations en cancérologie qui est d'upgrader les équipes et de favoriser l'accès au recours, la chirurgie oncologique ne pouvant être considérée comme une activité de proximité. Il est donc proposé d'augmenter le nombre d'implantations de recours de chirurgie oncologique digestive et de chirurgie oncologique gynécologique dans différents départements de petite et grande couronne, afin de rejoindre le taux d'implantation de recours concernant la chirurgie oncologique thoracique et ORL. En revanche, le pourcentage d'implantations de mentions de recours par rapport aux mentions de proximité est maintenu en chirurgie oncologique urologique du fait de la très faible activité de recours de cette spécialité.
- Situations de besoins restant à couvrir à l'issue de la procédure d'autorisation.

Ajustement des bornes basses pour la mention chirurgie oncologique indifférenciée chez l'adulte pour éviter une situation d'incompatibilité entre l'existant autorisé et la borne basse fixée dans le schéma.

D'autres ajustements pourront être réalisés à l'été 2026, sachant que l'évaluation et la révision du volet cancérologie ne pourront être intégralement finalisées qu'en 2028 (après échéance du délai de mise en conformité des autorisations).

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Les OQOS sont présentés par modalité et identifient le nombre total d'implantations, dont un nombre d'implantations possible en mention B. Le nombre d'implantations de mention A est défini par soustraction du nombre d'implantations de mention B au nombre total d'implantations.

Nombre d'implantations de mention A = nombre total d'implantations – nombre d'implantations de mention B.

Adulte

Modalité Chirurgie oncologique

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE					
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 15/05/2023	Total		Dont B1	
		Implantations cibles		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne					
75	15	11	13	9	11
92	13	9	11	5	8
93	11	5	9	1	3
94	12	8	10	4	6
Grande couronne					
77	9	5	7	1	2
78	11	6	8	2	4
91	8	5	6	1	3
95	8	5	8	2	5
Total	**87**	**54**	**72**	**25**	**42**

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE THORACIQUE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations à mai 2023
Paris - petite couronne	
75	5
92	5
93	1
94	0
Grande couronne	
77	1
78	1
91	1
95	3
Total	**17**

Zone de répartition des activités = région	Total		Dont B2	
	Implantations cibles		Implantations cibles	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	12	16	11	15

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DE LA SPHÈRE OTO-RHINO-LARYNGÉE, CERVICO-FACIALE ET MAXILLO-FACIALE, DONT LA CHIRURGIE DU CANCER DE LA THYROÏDE					
Zones de répartition des activités = départements et région pour implantations mention B3	Autorisations au 01/10/2023	Total		Dont B3	
		Implantations cibles		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne					
75	9	8	9	7	8
92	6	4	5	3	4
93	5	2	3	0	1
94	3	2	3	2	2
Grande couronne					
77	1	1	1	0	1
78	4	2	3	0	1
91	2	1	2	0	1
95	2	2	2	0	1
Total	**32**	**22**	**28**	**12**	**19**

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE UROLOGIQUE					
Zones de répartition des activités = départements pour mention A et région pour mention B	Autorisations au 01/10/2023	Total		Dont B4	
		Implantations cibles		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne					
75	14	12	14		
92	7	6	7		
93	7	4	7		
94	9	7	9		
Grande couronne					
77	7	6	7		
78	5	4	5		
91	7	5	6		
95	7	5	7		
Total	**63**	**49**	**62**	**10**	**15**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE GYNÉCOLOGIQUE					
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023	Total		Dont B5	
		Implantations cibles		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne					
75	14	11	13	9	10
92	8	4	5	1	4
93	3	1	3	0	1
94	4	3	4	2	2
Grande couronne					
77	4	2	3	0	2
78	5	3	5	0	2
91	4	2	2	0	1
95	5	3	4	0	2
Total	**47**	**29**	**39**	**12**	**24**

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE MAMMAIRE			
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023	A6	
		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	17	12	13
92	9	6	7
93	7	4	7
94	7	5	6
Grande couronne			
77	6	4	5
78	7	5	7
91	7	4	5
95	7	5	7
Total	**67**	**45**	**57**

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE INDIFFÉRENCIÉE			
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023	A7	
		Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne			
75	30	20	25
92	15	12	14
93	13	4	11
94	14	6	12
Grande couronne			
77	11	3	9
78	13	9	11
91	10	7	9
95	8	7	8
Total	**114**	**68**	**99**

Modalité radiothérapie externe, curiethérapie

Zones de répartition des activités = départements	RTE adulte	RTE pédiatrie	Curiethérapie adulte	Curiethérapie pédiatrique
	Autorisations au 01/10/2023			
Paris - petite couronne				
75	6	2	5	1
92	4		3	
93	2			
94	4	1	1	1
Grande couronne				
77	3			
78	2			
91	2	1		
95	3		2	
Total	**26**	**4**	**11**	**2**

Dans le PRS3, suite aux décrets de 2022, les établissements autorisés dans le PRS2 à la radiothérapie adulte (26) sont répartis dans deux modalités : RTE adulte d'une part (22), et RTE adulte et pédiatrie (4) d'autre part.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Zones de répartition des activités = départements	A RTE adulte		B Curiethérapie adulte		Ca RTE adulte et pédiatrie		Cb Curiethérapie adulte et pédiatrie	
	Implantations cibles							
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne								
75	4	4						
92	4	4						
93	2	2						
94	3	3						
Grande couronne			9	9	3	4	2	2
77	3	3						
78	2	2						
91	1	1						
95	3	3						
Total	22	22						

Modalité traitements médicamenteux systémiques du cancer

Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023	Total Implantations cibles		Dont B Implantations cibles	
		Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne					
75	16	14	16	4	5
92	13	12	13	1	1
93	9	7	9	1	1
94	11	7	10	2	2
Grande couronne					
77	11	8	11	1	1
78	8	7	8	1	1
91	8	6	8	1	1
95	7	6	7	2	2
Total	83	67	82	13	14

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Enfant

Modalité chirurgie oncologique pédiatrique

Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	6
92	0
93	0
94	2
Grande couronne	
77	0
78	0
91	0
95	0
Total	8

Zone de répartition des activités = région	Total Implantations cibles	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	6	8

Modalité traitements médicamenteux systémiques du cancer pédiatrique

Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	5
92	0
93	0
94	1
Grande couronne	
77	0
78	0
91	0
95	0
Total	6

Zone de répartition des activités = région	Total Implantations cibles	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	5	6

Modalité radiothérapie et curiethérapie pédiatrique

Confère ci-dessus modalité « radiothérapie externe-curiethérapie mention C ».

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de génétique constitutionnelle
(examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales)

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

À l'automne 2023, l'Île-de-France compte 44 autorisations, dont 14 pour la cytogénétique et 30 pour la génétique moléculaire, octroyées à 32 sites géographiques répartis comme suit :

- 18 sites hospitaliers de l'AP-HP ;
- 2 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- 1 groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit privé ;
- 7 établissements de santé publics hors AP-HP ;
- 1 établissement de santé privé participant au service public hospitalier ;
- 3 laboratoires de biologie médicale (LBM) privés à but lucratif.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les progrès réalisés en génétique humaine, notamment le séquençage à très haut débit de panels de gènes, d'exomes et de génomes entiers, ouvrent des perspectives vers une médecine de précision, à la fois prédictive, personnalisée, préventive et participative.

Dans ce contexte d'innovation technologique, la France a déployé, depuis plusieurs années, le plan France médecine génomique 2025 (PFMG 2025) conjugué au plan national maladies rares 3 (PNMR3) et à la stratégie décennale de lutte contre le cancer, afin que chaque patient atteint de maladie rare (80 % des maladies rares sont d'origine génétique) ou de prédisposition génétique au cancer puisse avoir accès, dans un délai maximal d'un an, à un diagnostic sur l'ensemble du territoire et à un traitement, le cas échéant, tel que la thérapie génique, ainsi qu'aux mesures de prévention.

En effet, la lutte contre l'impasse diagnostique est l'une des priorités du PNMR3 et du PFMG 2025. Dans cette perspective, la juste prescription des examens de génétique constitutionnelle est un enjeu de santé publique majeur, devant s'appuyer sur des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'amont et d'aval afin d'adapter les mesures de prévention, de conseil génétique ou de soins.

À cette fin, la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique introduit plusieurs modifications :

- passerelle entre la génétique somatique (caractéristiques acquises au cours de la vie et non transmissibles ou caractéristiques héritées ou transmissibles inconnues initialement) et la génétique constitutionnelle soumise à la loi relative à la bioéthique (caractéristiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal) ;
- réalisation possible d'un examen de génétique d'une personne ne pouvant exprimer sa volonté ou décédée en vue d'identifier une anomalie génétique responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention ou de soins, dans l'intérêt des membres apparentés ;
- prescription de certains examens de génétique et communication des résultats par les conseillers en génétique, sous la supervision du médecin généticien dans le cadre d'un protocole d'organisation. Le décret n° 2022-1488 a été publié le 30/11/2022 ;
- passerelle entre recherche et soins (dans le cadre de la recherche, information de la personne en cas de découverte de caractéristiques génétiques responsables d'une affection justifiant de mesures de prévention ou de soins, sauf opposition) ;
- communication du résultat d'un examen de génétique révélant incidemment une anomalie autre que celle initialement recherchée et refus possible du patient de connaître le résultat découvert fortuitement ;
- communication du résultat de génétique par le laboratoire de biologie médicale exécutant autorisé au prescripteur et maintien du droit de ne pas savoir ;
- information de la parentèle appliquée aux enfants issus d'un don et aux enfants nés dans le secret ;
- confirmation de l'interdiction des examens de génétique sur Internet.

Deux modalités des examens de biologie médicale portant sur les caractéristiques génétiques d'une personne ou sur son identification par empreintes génétiques font l'objet d'une autorisation d'activités de soins selon les techniques utilisées :

- les examens de cytogénétique, y compris la cytogénétique moléculaire ;
- les examens de génétique moléculaire.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales		Cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	

Évaluation des besoins à 5 ans

Concernant les examens de biologie médicale portant sur le séquençage du génome entier, en génétique moléculaire, les diagnostics en cancérologie sont, à ce jour, restreints aux prélèvements tumoraux congelés, ce qui limite leur accès. Des travaux de validation de la méthode sur prélèvements fixés en paraffine sont actuellement conduits afin de permettre leur mise en œuvre sur ces prélèvements.

Concernant l'amélioration de la qualité de la prescription des examens de génétique, les outils d'intelligence artificielle sont appelés à aider le prescripteur à choisir les meilleurs termes pour améliorer la probabilité de poser un diagnostic.

Concernant la validation et l'interprétation des résultats, seuls les biologistes médicaux agréés par l'Agence de la biomédecine (ABM) signent les comptes rendus des examens de génétique constitutionnelle, conformément aux dispositions des articles L. 6213-1 et suivants, D. 6211-3 et R. 1131-6 du CSP.

Les examens de génétique constitutionnelle sont des examens de biologie médicale. À ce titre, seule la phase analytique intégrant le séquençage génomique et l'analyse bio-informatique ainsi que l'interprétation des résultats peuvent être sous-traitées auprès d'un autre LBM dûment autorisé par l'ARS, en vertu des dispositions des articles L. 6211-1, L. 6211-6, L. 6211-19 et L. 6212-1 du CSP. Des coopérations entre établissements gérant un LBM peuvent pertinemment permettre la mutualisation des moyens et compétences, notamment bio-informatiques.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Les laboratoires de biologie médicale autorisés par l'ARS sont accrédités par le Cofrac selon la norme NF EN ISO 15 189. Les biologistes médicaux doivent être agréés par l'ABM.

Le plan ministériel 2022-2026 pour la génétique humaine prend en compte les nouvelles technologies en génétique médicale et en médecine fœtale, qu'il convient d'adapter dans une pratique quotidienne et sécurisée. Ce plan se développe selon les cinq axes suivants :

- promouvoir une offre équitable ;
- développer la qualité des soins et la sécurité sanitaire ;
- suivre les activités et les résultats et développer les actions d'évaluation ;
- assurer la veille médicale et scientifique afin d'anticiper et participer aux transitions technologiques ;
- communiquer sur l'offre de soins.

LES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION RETENUS SUR LA PÉRIODE DU PRS3 SONT :

- Le suivi de l'accréditation par le Cofrac des laboratoires de biologie médicale ;
- Le suivi de la sous-traitance afin de tendre vers l'objectif de 100 % de sous-traitants ayant le statut juridique de laboratoire de biologie médicale, lorsque la phase analytique est sous-traitée à une autre structure.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Les implantations cibles détaillées ci-après sont similaires aux objectifs quantitatifs de l'offre de soins définis dans le PRS 2018-2022, à l'exception de deux nouvelles implantations de cytogénétique dans le Val-de-Marne.

En effet, celles-ci sont liées, d'une part, à une nouvelle répartition des techniques au sein de deux établissements du même groupe et, d'autre part, au transfert complet d'un laboratoire parisien.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Par ailleurs, il est à noter qu'un seul laboratoire de biologie médicale pratique le séquençage du génome complet pour la partie nord de notre territoire national (en respect de la politique nationale).

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Mentions de ressort territorial

CYTOGÉNÉTIQUE, Y COMPRIS CYTOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	5	3	6
92	2	1	2
93	2	1	2
94	2	2	3
Grande couronne			
77	0	0	0
78	2	1	2
91	0	0	0
95	1	1	1
Total	**14**	**9**	**16**

GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE			
Zones de répartition des activités = départements	**Existant autorisé au 01/10/2023**	**Implantations cibles (OQOS)**	
		Borne basse	**Borne haute**
Paris - petite couronne			
75	14	6	14
92	2	1	2
93	4	2	4
94	4	2	4
Grande couronne			
77	1	1	1
78	2	1	2
91	1	1	1
95	2	1	2
Total	**30**	**15**	**30**

Activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Le taux de recours régional à l'HAD en Île-de-France est satisfaisant **avec 28,1 patients pris en charge en HAD pour 100 000 habitants** en 2021. Ce taux est légèrement supérieur au taux national global (27,7 %) et au taux national hors Île-de-France (27,6 %) pour un objectif national fixé à 30. Ce chiffre positionne la région au 5e rang des régions métropolitaines après la Corse (59 %), la Nouvelle-Aquitaine (32,4 %), les Hauts-de-France (31,4 %) et la Bretagne (29,5 %).

Ce taux moyen cache une forte hétérogénéité infrarégionale avec un recours faible à Paris (24,4 %) *versus* un taux de recours élevé en Seine-et-Marne (35,3 %). Au-delà des explications mathématiques liées à la densité de la population parisienne, l'HAD apparaît comme une activité plus facile à déployer en zone rurale qu'en zone urbaine compte tenu, notamment, d'une densité d'offre de soins différente sur ces territoires et des difficultés de circulation et de stationnement en zone urbaine.

En octobre 2023, 14 opérateurs disposent d'une autorisation d'HAD en Île-de-France :

- **11 opérateurs avec une autorisation d'HAD rattachée à une activité de médecine :**
  - 3 opérateurs historiques disposant d'une zone d'intervention régionale réalisant plus de 85 % de l'activité,
  - 8 opérateurs polyvalents disposant d'une zone d'intervention limitée et définie dans leur décision d'autorisation.
- **2 opérateurs avec une autorisation rattachée à une activité de SSR** pour mettre en œuvre une activité de rééducation-réadaptation ;
- **1 opérateur avec une autorisation rattachée à une activité de soins de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie** pour exercer une activité d'HAD néonatale.

En complément, 7 établissements de SSR mettent en œuvre une activité d'HAD de réadaptation (HAD-R), sans autorisation d'HAD portée en propre mais dans le cadre d'un partenariat avec une HAD polyvalente. Il s'agit d'un partenariat mis en place de façon expérimentale en Île-de-France.

Au total, **3 471 patients par jour, représentant 1 267 062 journées et 65 838 séjours, ont été pris en charge en HAD en Île-de-France en 2021.**

L'activité d'HAD francilienne se caractérise par une spécialisation relativement atypique avec, pour trois modes de prise en charge principaux (MPP), les pansements complexes (26 % des journées), les soins palliatifs (19 % des journées) et la cancérologie (chimiothérapie anti-cancéreuse, surveillance post-chimio et post-radiothérapie 14 %). En France entière, les soins palliatifs (27 %), les pansements complexes (25 %) et les soins de nursing lourds (8 %) correspondent aux MPP les plus fréquents.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La réforme du régime des autorisations vient ériger l'HAD[108], qui était auparavant considérée comme une modalité d'exercice d'une autre activité de soins (notamment médecine, réadaptation ou périnatalité), **en activité de soins autonome.**

Les textes définissent une nouvelle gradation et spécialisation des soins en HAD, avec une mention socle et les mentions spécialisées suivantes :

- réadaptation,
- pré et post-partum,
- enfants de moins de 3 ans.

Pour chacune des mentions sont définies des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement opposables (en termes de ressources humaines, notamment). Pour exercer une mention de spécialité, le titulaire de l'autorisation doit détenir une autorisation pour la mention socle. Cependant, les établissements disposant d'autorisation de soins de suite et de réadaptation, d'obstétrique ou de néonatalogie sous forme d'HAD au 1er janvier 2022, peuvent bénéficier d'une dérogation de la mention socle, sous réserve de conventionner avec un établissement titulaire de la mention socle. Ils sont ainsi dispensés, pour leur première demande d'autorisation, de disposer d'une mention socle. Cette dérogation a pour objectif de préserver l'offre spécialisée existante sur le territoire et de ne pas imposer à ces établissements de se projeter à court terme dans un projet médical qui n'est pas en lien avec leur activité initiale. Cette dérogation est toutefois limitée à une durée de sept ans.

Le dossier de demande d'autorisation inclut la liste des communes couvertes, en sachant que la zone d'intervention peut différer selon la mention pour laquelle un même opérateur obtient une autorisation.

108 Décrets n°2021-1954 du 31 décembre 2021 et n°2022-102 du 31 janvier 2022 qui définissent les conditions d'implantation et de fonctionnement et ordonnance du 12 mai 2021.

On constate une spécificité francilienne concernant les futures mentions (HAD-R, pré et post-partum et enfants de moins de 3 ans) puisque l'activité actuellement réalisée en Île-de-France représente respectivement **40 %, 45 % et 47 %** de l'activité France entière, l'Île-de-France ayant été précurseur avec la Bretagne du développement de la rééducation-réadaptation à domicile.

- L'activité de Pré-post-partum et enfants de moins de 3 ans est l'apanage des trois opérateurs historiques (à l'exception d'une autre structure qui intervient très à la marge pour les moins de 3 ans).
- L'activité d'HAD-R est réalisée à 80 % de l'activité par quatre opérateurs : les trois opérateurs régionaux (à hauteur respectivement de 50 %, 8 % et 8 %) et un centre de réadaptation implanté en grande couronne (16 %).

Zonage

La spécificité de l'HAD réside dans le fait que **les OQOS doivent être définis au niveau du siège d'implantation des structures**, alors que par définition l'activité est réalisée au domicile des patients.

Parallèlement, chaque autorisation d'HAD doit mentionner, pour chaque opérateur et pour chaque mention socle et spécialisée, la liste des communes d'intervention.

En Île-de-France, les zones d'intervention se superposent compte tenu, notamment, de l'existence de trois opérateurs régionaux. Pour plus de clarté et de précision, les OQOS sont donc présentés par siège et par zone d'intervention en fonction du zonage défini ci-après :

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Hospitalisation à domicile (HAD)	HAD socle	HAD réadaptation HAD ante et post-partum	HAD enfants de moins 3 ans

L'activité d'hospitalisation à domicile polyvalente (mention socle) est considérée comme une activité de soins de proximité. Le découpage géographique s'appliquant à l'activité d'HAD polyvalente correspond :

- au territoire départemental pour Paris et les départements de la petite couronne (75, 92, 93, 94) ;
- aux territoires de proximité (calqués sur les territoires des dispositifs d'appui à la coordination) pour les départements de la grande couronne (77, 78, 91, 95).

Les activités d'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) et de pré et post-partum sont considérées comme des activités de recours territorial. Le découpage géographique s'appliquant à ces activités spécialisées à domicile est le département.

L'activité d'hospitalisation à domicile pour les enfants de moins de trois ans est considérée comme une activité à organiser au niveau régional.

Évaluation des besoins à 5 ans

Une aspiration grandissante de la population à une prise en charge majoritairement ambulatoire ou en milieu de vie ordinaire, l'évolution des techniques et méthodes de prise en charge ainsi que la recherche d'efficience conduisent à une nécessaire diversification de l'offre de soins hospitalière au travers du développement d'alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile.

En conséquence, l'HAD doit être proposée comme mode d'hospitalisation chaque fois qu'elle apparaît opportune, à la suite d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle de MCO ou de SSR, mais également directement depuis la ville et/ou des ESMS (Ehpad, établissements pour personnes handicapés ou établissements d'hébergements sociaux) afin d'éviter un séjour hospitalier classique.

Par ailleurs, en lien avec des feuilles de route nationales spécifiques, l'hospitalisation à domicile est à développer pour améliorer les soins palliatifs et pour favoriser la prise en charge en cancérologie, notamment via l'augmentation des chimiothérapies à domicile. Une attention particulière sera également portée à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives (cf. feuille de route relative aux maladies neuro-dégénératives).

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Mettre en œuvre la réforme des autorisations
  - Capacité à respecter les nouvelles conditions techniques de fonctionnement réglementaires (ressources humaines et organisation des astreintes, notamment).
  - Capacité à disposer de moyens humains et logistiques à même de garantir une réactivité opérationnelle aux demandes des prescripteurs.
  - Capacité à offrir une activité diversifiée (sur tous les modes de prise en charge (MPP)) pour les HAD mention socle.
  - Pour les HAD déjà autorisées, démonstration vérifiable de données d'activité prouvant un maillage du territoire pertinent au regard de l'aire d'intervention.
- Augmenter le taux de recours à l'HAD, avec une moyenne à atteindre de 40 patients par jour pour 100 000 habitants
  - Développer le recours à l'HAD en sortie d'hospitalisation conventionnelle :
    - inciter au recours à l'HAD par l'intégration, au sein des CPOM des établissements MCO et SMR, d'objectifs de transfert/orientation en HAD ;
    - développer des protocoles sur certains MPP moins investis (cf. spécialisation) ;
    - encourager l'intégration de l'HAD au sein des organisations hospitalières, notamment dans le cadre des modifications des projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
    - promouvoir le développement de l'évaluation rapidement après l'admission en MCO/SMR.
  - Faire de l'HAD un moyen d'éviter les hospitalisations conventionnelles en développant les prescriptions directes :
    - mener des actions d'amélioration de la réactivité de l'HAD ;
    - expérimenter des organisations et protocoles pour augmenter et favoriser les prises en charge en HAD directement depuis les services d'urgence et les unités d'hospitalisation de courte durée ;
    - mener des actions de communication et de formation spécifiques à l'intention des prescripteurs de ville ;
    - renforcer et améliorer les interventions d'HAD en ESMS :
      - poursuivre le développement en Ehpad : augmenter le nombre de conventions, préciser et développer le mécanisme d'évaluations anticipées prévu dans le nouveau régime des autorisations, développer la communication sur cette possibilité réglementaire, améliorer la connaissance réciproque HAD/Ehpad, tester de nouvelles organisations,
      - développer le recours en établissements pour personnes handicapées et en établissements sociaux : préciser et clarifier les objectifs, les contraintes spécifiques, communiquer…
  - Améliorer la gradation des prises en charge à domicile :
    - poursuivre ou initier des travaux d'articulation avec les autres

acteurs du maintien à domicile s'appuyant sur une gradation des soins à domicile (intervention communes SSIAD/HAD, protocoles HAD-URPS médecins, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, etc., lien avec les CPTS…) et permettant de faciliter les relais à l'entrée et à la sortie d'HAD,
  - en matière de soins palliatifs, renforcer la place de l'HAD ; et préciser son rôle, notamment en lien avec les futures équipes expertes territoriales.
- Renforcer la spécialisation des HAD dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme, et développer certaines prises en charge spécifiques (lien avec les feuilles de route soins palliatifs, cancérologie et maladies neurodégénératives) :
  - développer la téléexpertise pour assurer le lien avec les équipes hospitalières, contribuer ainsi à renforcer l'attractivité de l'HAD et à maintenir le lien entre les patients et les équipes soignantes qui les ont pris en charge en milieu hospitalier ;
  - tester des organisations innovantes ;
  - développer des protocoles sur certains MPP moins investis.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Pour le PRS3, l'objectif de développement de l'HAD passera davantage par une action sur la demande que sur l'offre. Cela se traduit par le maintien du nombre d'implantations ainsi que par la stabilisation et la sécurisation des opérateurs existants.

La réforme des autorisations se traduit néanmoins par la définition de nouvelles mentions de spécialités à mettre en œuvre par les opérateurs, qui devront garantir une couverture territoriale pour les trois mentions spécialisées afin de donner la possibilité du choix d'une hospitalisation à domicile partout sur l'ensemble du territoire francilien.

Une attention particulière sera portée aux zones de chevauchement entre territoires d'intervention, qui doivent être limitées et objectivées. Il est attendu des promoteurs qu'ils listent dans leur projet les communes d'intervention ; et, pour les promoteurs précédemment autorisés, l'activité effective des établissements d'HAD sera également prise en compte.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

PLUSIEURS INDICATEURS PERMETTRONT DE SUIVRE CES OBJECTIFS QUALITATIFS SUR LA PÉRIODE DU PRS3 :

- Taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants dans toute l'Île-de-France - année N > N-1 pour toutes les mentions ; pour le socle, la cible est à 40.
- 100 % de CPOM d'établissement de santé MCO/SMR dont le case-mix s'y prête comportant un objectif de transfert en HAD.
- Pourcentage de CPOM d'ESMS intégrant un objectif de transfert en HAD - année N > N-1.
- Taux d'interventions en ESMS - année N > N-1, avec pour cible la moyenne nationale (11,1 % des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux).

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Comme indiqué plus haut, d'un point de vue juridique, les OQOS se comptabilisent au niveau des sièges des établissements d'HAD. En Île-de-France, cette règle ne permet pas une vision réelle de l'offre et des zones d'intervention des établissements d'HAD.

Aussi, les OQOS sont doublement présentés pour chacune des mentions (socle et spécialités) avec, d'une part, des objectifs quantifiés fondés sur les sièges (partie réglementaire) et, d'autre part, des OQOS prenant en compte les zones d'intervention (partie explicative).

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Tableau 1 : Existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023)

MENTION : MÉDECINE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	2
92	1
93	1
94	0
Grande couronne	
77	4
78	2
91	0
95	1
Total	11

MENTION : SSR	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	0
92	0
93	1
94	0
Grande couronne	
77	1
78	0
91	0
95	0
Total	2

MENTION : GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
Paris - petite couronne	
75	0
92	1
93	0
94	0
Grande couronne	
77	0
78	0
91	0
95	0
Total	1

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

Mentions de ressort régional

HAD ENFANTS DE MOINS 3 ANS				
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)		Implantation par zone d'intervention (HAD autorisées à intervenir)	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	3	3	3	3

Mentions de ressort territorial

HAD DE RÉADAPTATION				
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)		Implantation par zone d'intervention (HAD autorisées à intervenir)	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne				
75	2	2	3	3
92	1	1	3	4
93	1	1	4	4
94	0	0	3	4
Grande couronne				
77	4	4	5	6
78	1	1	2	3
91	0	1	4	6
95	1	1	2	3
Total	10	11		

HAD PRÉ ET POST-PARTUM				
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)		Implantation par zone d'intervention (HAD autorisées à intervenir)	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne				
75	2	2	3	3
92	1	1	3	3
93	0	0	3	3
94	0	0	3	3
Grande couronne				
77	0	0	2	3
78	0	0	1	3
91	0	0	2	3
95	0	0	3	3
Total	**3**	**3**		

Mention de proximité

HAD SOCLE				
Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)		Implantation par zone d'intervention (HAD autorisées à intervenir)	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne				
75	2	2	3	3
92	1	1	3	3
93	1	1	4	4
94	0	0	4	4
Grande couronne				
77 nord	2	2	6	8
77 sud	3	3	6	7
78 nord	1	1	5	5
78 sud	1	1	5	5
91 nord	1	1	6	6
91 sud	0	0	5	7
95 est	0	0	2	3
95 ouest	0	0	1	3
95 sud	1	1	4	4
Total	**13**	**13**		

Activité de radiologie interventionnelle

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

En 2021, une requête PMSI basée sur plus de 490 actes a permis d'évaluer à plus de 150 000 le nombre d'actes de radiologie interventionnelle en Île-de-France. Cette activité, encore impactée par la crise sanitaire, est en hausse d'année en année grâce à l'évolution des technologies biomédicales, des techniques standards de prises en charge et des indications médicales.

Plus de 40 % de la radiologie interventionnelle est réalisée sur Paris, 16 % dans les Hauts-de-Seine, environ 10 % en Seine-Saint-Denis et 10 % dans le Val-de-Marne.

Cette spécialité se développe de façon significative, notamment dans le traitement du cancer, à côté de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie (Inca 2018). Chaque année, les technologies en imagerie et dans le domaine des dispositifs médicaux évoluent, permettant de nouvelles perspectives dans cette spécialité. La radiologie interventionnelle est ainsi de plus en plus utilisée pour traiter de nombreuses pathologies, notamment oncologiques, cardio-vasculaires, neurologiques et fonctionnelles, mais également les urgences (accidents vasculaires cérébraux, urgences hémorragiques, maladies thromboemboliques). Les indications thérapeutiques curatives ou fonctionnelles (un exemple récent : les embolisations[109] musculo-squelettiques dans la maladie arthrosique) se développent également. Les nouveaux outils d'intelligence artificielle vont permettre une meilleure sélection des patients, ainsi qu'une amélioration de la performance des traitements réalisés sous imagerie afin de garantir qualité, sécurité et efficience des prises en charge.

Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Le nouveau régime juridique prévoit que cette activité soit désormais soumise à autorisation. L'inventaire et la cartographie par mention vont s'affiner avec la mise en œuvre des récents décrets et la publication du

109 Une embolisation est une intervention dont le but est de boucher les vaisseaux sanguins qui constituent une malformation ou qui nourrissent une lésion.

PRS3.

La radiologie interventionnelle (RI) est une spécialité médicale qui consiste à utiliser des images radiologiques pour guider des gestes mini-invasifs. L'article R. 6122-25 du Code de la santé publique précise que l'activité concerne l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique :

- réalisés par un(e) radiologue ;
- réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale ;
- par accès percutané, trans-orificiel, trans-pariétal ou intraluminal ;
- portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Seuls les équipements matériels lourds dédiés à l'activité de RI (scanners ou IRM interventionnels) étaient autorisés par l'ARS jusqu'à la publication des décrets n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 (relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle) et n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 (relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle) qui introduisent un nouveau régime d'autorisation.

Ces décrets dissocient l'activité de soins en **quatre mentions** selon le types d'actes réalisés, le matériel, les ressources à disposition et les conditions d'accès aux structures nécessaires. Ainsi, la radiologie interventionnelle ne repose plus sur le simple usage d'équipements lourds, mais devient une activité de soins à part entière. Les mentions sont les suivantes :

- **mention A :** les actes réalisés par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord ; les actes percutanés et par voie trans-orificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies, drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens ;
- **mention B :** les actes réalisés par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, par voie percutanée ou trans-orificielle (ainsi que les actes de mention A) ;
- **mention C :** les actes thérapeutiques du **cancer** par voie percutanée et par voie trans-orificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endo-veineuse et endo-artérielle (ainsi que les actes de mentions A et B) ;
- **mention D :** les actes thérapeutiques, assurés **en permanence**, relatifs à la prise en charge en urgence de l'**hémostase des pathologies vasculaires et viscérales** hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques (ainsi que les actes de mentions A, B et C).

Cette gradation prend en compte les conditions de réalisation et la technicité de l'acte. Selon cette gradation, sont définies des conditions d'implantation et de fonctionnement garantissant la sécurité de réalisation de ces actes mini-invasifs et celle des patients.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Radiologie interventionnelle		Mention A	**Mention B** (intègre la mention A) **Mention C** (intègre les mentions A et B) **Mention D** (intègre les mentions A, B et C)

Évaluation des besoins à 5 ans

Des études européennes montrent un taux d'augmentation des procédures interventionnelles de l'ordre de 10 à 20 % par an. Ce taux s'explique par le vieillissement de la population ainsi que par l'augmentation des maladies chroniques et de l'incidence des multipathologies de plus en plus prises en charge en radiologie interventionnelle.

Le développement de cette spécialité dans les cinq prochaines années (activités et plateaux techniques) ne sera possible qu'avec un nombre suffisant de radiologues formés à la spécialité et de manipulateurs en électroradiologie médicale.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Les décrets précisent les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation. L'ensemble de ces critères sera analysé et pris en compte afin de pouvoir délivrer une autorisation d'activité de radiologie interventionnelle.

En complément de l'ensemble de ces obligations, une attention particulière sera portée lors de l'instruction des dossiers à plusieurs éléments détaillés ci-après :

- la composition et la formation des équipes dédiées à la radiologie interventionnelle (nombre de radiologues, de manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) ;
- la qualité du projet médical, le détail des activités réalisées et des profils de patients pris en charge ;
- l'organisation mise en place pour la prise en charge des patients (externe, hospitalisé, urgent) ;
- l'existence et le suivi de procédures pour chaque filière médicale de prise en charge ;
- la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la qualité des soins perçue par les patients, notamment par l'outil PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) pour le résultat des soins, les Patient-Reported Experience Measures (PREMs) pour l'expérience des soins et les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes ;
- la mise en œuvre d'une démarche qualité (procédures, indicateurs et évaluations) au sein du service.

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

- La gradation des soins de radiologie interventionnelle en quatre mentions permet de proposer une déclinaison adaptée aux besoins et aux recours à ces différents types de prise en charge.
- L'activité A est la plus représentative en termes de volume d'activité et devra être accessible dans chaque département. Une fois l'inventaire et la cartographie faits à l'issue des premières délivrances d'autorisations du PRS3, une évaluation sera réalisée afin d'adapter les OQOS.
- Concernant les mentions B, C et D, un zonage régional est proposé pour cette création d'autorisation d'activité. Un suivi de l'activité réalisée sur les différents sites, ainsi que des évolutions technologiques et médicales, permettra également d'adapter les OQOS pour ces mentions.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

En raison des différents calendriers de rédaction du PRS et des instructions des décrets, et considérant que la radiologie interventionnelle est une nouvelle activité autorisée, il est proposé d'instruire les dossiers selon l'ensemble des exigences des décrets et des objectifs qualitatifs définis.

Les OQOS sont établis selon une analyse des données PMSI de 2021 et 2022 des actes proposés par la DGOS (liste non opposable à la date de publication du PRS). Une analyse complémentaire a été faite en vérifiant l'ensemble des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement des décrets pour proposer les OQOS suivants.

Mention de ressort territorial

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE MENTION A (PAR DÉFINITION, LES ÉTABLISSEMENTS EXERÇANT L'ACTIVITÉ DE MENTIONS B, C ET D SONT HABILITÉS À RÉALISER LES ACTES PRÉVUS À LA MENTION A)		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	1	20
92	1	10
93	1	10
94	1	10
Grande couronne		
77	1	8
78	1	8
91	1	8
95	1	8
Total	8	82

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE MENTION B (PAR DÉFINITION, LES ÉTABLISSEMENTS EXERÇANT L'ACTIVITÉ DE MENTIONS C ET D SONT HABILITÉS À RÉALISER LES ACTES PRÉVUS AUX MENTIONS A ET B)		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	8	100

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE MENTION C (PAR DÉFINITION, LES ÉTABLISSEMENTS EXERÇANT L'ACTIVITÉ DE MENTIONS C SONT HABILITÉS À RÉALISER LES ACTES PRÉVUS AUX MENTIONS A ET B)		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	8

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE MENTION D (PAR DÉFINITION, LES ÉTABLISSEMENTS EXERÇANT L'ACTIVITÉ DE MENTIONS D SONT HABILITÉS À RÉALISER LES ACTES PRÉVUS AUX MENTIONS A, B ET C)		
Zones de répartition des activités = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Île-de-France	2	16

Équipements d'imagerie en coupe

Appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale - scanographes à utilisation médicale

Équipements soumis à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

En octobre 2023 l'Île-de-France compte **278 sites d'implantation d'imagerie diagnostique**.

Au total, **372 IRM**, soit 30 par million d'habitants (21,47 en France), et **316 scanners**, soit 25,5 par million d'habitants (22,89 en France), sont autorisés sur la région.

Département	Population (Insee 2022)	Appareil d'IRM à utilisation clinique autorisé		Scanographe autorisé	
		Nombre	Nbre/million d'hab	Nombre	Nbre/million d'hab
75 - Paris	2 139 907	104	48,60	81	37,85
77 - Seine-et-Marne	1 443 796	35	24,24	31	21,47
78 - Yvelines	1 463 709	38	25,96	29	19,81
91 - Essonne	1 315 404	34	25,85	29	22,05
92 - Hauts-de-Seine	1 643 080	50	30,43	44	26,78
93 - Seine-Saint-Denis	1 678 367	44	26,22	39	23,24
94 - Val-de-Marne	1 434 351	36	25,10	35	24,40
95 - Val-d'Oise	1 276 534	31	24,28	28	21,93
Total IDF	**12 395 148**	**372**	30,01	**316**	25,49

L'ensemble des départements dispose d'un accès à ces équipements, mais de manière inégale en termes de taux d'équipement, notamment en scanner, même si le PRS2 a permis un développement significatif de l'offre sur l'ensemble du territoire afin de se rapprocher et de dépasser les taux nationaux.

L'ensemble des cibles d'implantations prévues au PRS2 ont été atteintes. En l'absence de la révision qui était envisagée à mi-parcours du PRS du fait de la crise sanitaire, pour apporter la meilleure réponse possible aux besoins en imagerie médicale constatés sur le territoire, l'Agence régionale de santé a procédé, avec l'avis favorable de ses partenaires, à l'ouverture de nouvelles autorisations d'équipement matériel lourd, en utilisant la procédure exceptionnelle prévue par le Code de la santé publique (L. 6122-9 du CSP). Deux ouvertures de besoins exceptionnels ont ainsi conduit à l'augmentation du nombre d'appareils et d'implantations en 2020 et en 2022.

De nombreux équipements autorisés dans ce cadre sont encore en attente de mise en service.

Présentation du cadre réglementaire de l'autorisation d'équipement matériel lourd

L'imagerie diagnostique est réalisée par un radiologue en centre libéral ou en établissement de santé public, privé ou mixte. Les demandes d'actes d'imagerie sont évaluées et adaptées par les radiologues afin de garantir la pertinence de ces examens et la maîtrise de l'offre. Un outil gratuit est disponible en ligne (Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale, ADERIM - https://aderim.radiologie.fr/home) à l'attention des médecins généralistes, afin de les guider dans le choix des examens d'imagerie en fonction de la situation clinique. Cet outil a été conçu par la Société française de radiologie (SFR), en collaboration avec le Collège de la médecine générale (CMG) et avec la participation de la Société française de médecine nucléaire (SFMN), dans le but d'optimiser la pertinence des demandes d'examens d'imagerie.

L'activité d'imagerie diagnostique a été réformée par les décrets n° 2022-1237 et n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.

Dans le nouveau régime, restent soumis à autorisation les équipements d'imagerie en coupes mentionnés au 2° de l'article R. 6122-26 du Code de la santé publique, à l'exclusion de ceux exclusivement dédiés aux activités de médecine nucléaire, de cardiologie interventionnelle, de neuro-radiologie interventionnelle et de radiologie interventionnelle. Il s'agit :

- des appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique,
- des scanographes à utilisation médicale.

Les principales évolutions issues de cette réforme sont les suivantes :

L'autorisation est accordée par site géographique

Une fois obtenue l'autorisation d'équipement(s) matériel(s) lourd(s) sur le fondement des nouveaux décrets à l'issue de la publication du PRS3 :

- Dès lors que le nombre d'équipements d'imagerie en coupe installés sur le site géographique ne dépasse pas trois, le titulaire de l'autorisation n'aura pas à solliciter de nouvelle autorisation, mais informera l'Agence régionale de santé des caractéristiques du nouvel équipement avant toute mise en service de ce dernier.
- Dans certaines conditions, certains sites pourront dépasser trois équipements installés sur un même site. Une demande d'autorisation devra alors être opérée auprès de l'Agence. Si le volume des actes, la spécialisation de l'activité ou la situation territoriale le justifient, la Directrice générale de l'Agence régionale de santé pourra autoriser le titulaire à disposer jusqu'à 18 équipements sur le site.

Concernant les sites autorisés par les précédents PRS, où plusieurs entités juridiques sont organisées sur un même site, l'ARS Île-de-France prévoit de délivrer une autorisation par entité.

Le seuil de trois EML s'appliquera cependant au site (et non par titulaire), et donc à l'ensemble de ces entités. Pour toute demande d'installation supplémentaire (sous le seuil des trois et au-delà), il sera demandé de fournir un document attestant d'une organisation et demande communes ou de l'accord de l'ensemble des opérateurs du site. Cette décision permettra un renouvellement des autorisations et une réorganisation progressive des groupes exerçant sur un même site.

Les nouveaux décrets formalisent la participation des détenteurs d'autorisation d'équipement matériel lourd à l'activité non programmée.

Ils formalisent la possibilité pour un détenteur d'une autorisation d'imagerie diagnostique de participer à la permanence des soins.

En fonction des besoins identifiés dans la zone concernée, l'Agence régionale de santé demande au titulaire de l'autorisation de participer à la permanence des soins. L'organisation territoriale de cette permanence peut s'appuyer sur le recours à des moyens de téléradiologie. La permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés.

Les nouveaux décrets fixent des délais de rendu de résultats

Dès lors que le titulaire dispose d'au moins trois équipements d'imagerie en coupe sur le même site, il garantit, à la demande de l'Agence régionale de santé, la possibilité de réaliser des examens et d'en interpréter les résultats sur au moins un appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, pour des prises en charge urgentes et non programmées sur des plages de 12 heures les jours ouvrables.

Le nouveau décret relatif aux conditions d'implantation précise que le titulaire de l'autorisation dispose d'une procédure d'urgence formalisée, permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Imagerie diagnostique	Imagerie diagnostique (scanner, IRM)		

Évaluation des besoins à 5 ans

Le PRS2 et les deux procédures de besoins exceptionnels ont permis d'augmenter le taux d'équipement par million d'habitants dans les départements qui étaient encore sous-dotés en Île-de-France. Fin 2022, et malgré ces possibilités, il reste des zones moins bien pourvues en imagerie, principalement en grande couronne, dans les villes bénéficiant de médecine de recours (médecins généralistes ou spécialistes, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), laboratoires) mais ne disposant pas d'offre d'imagerie en coupe. Les besoins sont principalement orientés sur ces zones.

Depuis 2020, les tensions démographiques sur le métier de manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) se sont intensifiées avec un nombre insuffisant de diplômés et de jeunes en formation. Les besoins sur cinq ans en ressources humaines vont croître puisque la réforme du régime d'autorisations va permettre le déploiement d'équipements supplémentaires qui nécessiteront le recrutement de manipulateurs en électroradiologie médicale. À noter que le recrutement en nombre suffisant de manipulateurs en électroradiologie médicale est gage de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patients.

Les radiologues sont désormais souvent surspécialisés dans de nombreux domaines (imagerie de la femme, musculo-squelettique, neurologique, oncologique, etc.). Les besoins et les demandes d'examens évoluent également vers une imagerie d'expertise, et notamment pour les dépistages. Les plateaux d'imagerie devront ainsi permettre une prise en charge polyvalente et spécialisée. **Les outils numériques**, la téléexpertise et les logiciels d'intelligence artificielle doivent se développer pour permettre à tous les patients de bénéficier de ces compétences.

Une évolution des indications est attendue en imagerie cardiaque et dans le cadre des dépistages organisés des cancers. L'offre et le dimensionnement des plateaux d'imagerie devront permettre d'accompagner ces évolutions, notamment en s'adaptant aux nouvelles technologies (réalisation de score calcique, coroscanner, scanners à double énergie, basse dose, à comptage photonique, IRM cardiaque, outils d'intelligence artificielle, etc.) et en ayant accès aux formations nécessaires à ces pratiques.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Au-delà des conditions réglementaires décrites dans les décrets, des objectifs qualitatifs sont précisés afin de veiller à garantir une offre de soins de qualité et une prise en charge optimale des patients.

- Projet médical : **privilégier une organisation des vacations en « pôle d'organe »**, en précisant les profils d'activités réalisées. Les priorités relèvent aujourd'hui de la pédiatrie, de l'oncologie et de la neurologie, avec notamment la prise en charge « grand âge ». Les plateaux d'imagerie doivent permettre de prendre en charge ces profils.
- **Des ressources humaines médicales et paramédicales sur place et en nombre suffisant pour garantir la présence et la sécurité lors des examens.** La polyvalence des radiologues est nécessaire, même si chacun(e)s dispose d'une expertise dans certains domaines.
- **L'organisation mise en place pour la prise en charge des patients hospitalisés, urgents et/ou non programmés.**
- Des précisions sur l'**accessibilité financière,** en secteur 1 et 2, conventionné ou non OPTAM, avec des éléments précis sur les pratiques de dépassement d'honoraires. L'accessibilité financière doit s'adapter à la population dans les secteurs les plus défavorisés et être en adéquation avec le territoire.
- **La participation et l'engagement des équipes à la permanence des soins** (PDS) : sur site, à distance, une participation est attendue en lien et en soutien avec des établissements de santé, notamment sur les sites disposant d'au moins trois EML.
- **Disposer d'un système d'information radiologique, d'un système d'archivage des images ou de tous autres outils numériques permettant le partage, la téléexpertise et téléinterprétation** ; une description de la place et de l'usage de la téléimagerie.
- L'organisation de l'équipe et son implication sur le territoire de santé doit être privilégiée afin de **fluidifier les parcours de soins** : ancrage territorial de l'équipe, coopération, conventions de prise en charge, filière de soins, etc.

LES DONNÉES SUIVIES POUR ÉVALUER LA MISE EN ŒUVRE DU PRS3 SONT :

- Le taux d'équipement par territoire de proximité
- Les délais moyens de mise en œuvre des équipements suite à l'obtention d'une autorisation par territoire
- Le suivi de la participation à la permanence des soins par territoire

Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

Le Val-de-Marne, bien que disposant d'un taux d'équipement au-dessus de la moyenne nationale en IRM et en scanner, a deux zones d'intervention prioritaire (ZIP) et une zone d'action complémentaire (ZAC) non pourvues en imagerie diagnostique, qui pourront faire l'objet d'une priorisation pour l'implantation de cette activité.

La Seine-et-Marne est identifiée comme une zone à pourvoir davantage en imagerie, afin de garantir un meilleur accès aux habitants et éviter les déplacements sur la petite couronne et Paris.

Les territoires sud et est du Val-d'Oise sont également des zones à prioriser pour les nouvelles implantations en raison de leur faible taux d'équipements par million d'habitants.

Quelques nouvelles implantations sont ouvertes sur les départements de Paris et des Hauts-de-Seine, afin de favoriser la continuité de l'offre de soins dans ces territoires et d'accompagner le développement des plateaux techniques : l'émergence de quelques nouveaux centres d'imagerie médicale sur des lieux de consultations multidisciplinaires et/ou des zones disposant d'une offre médicale potentiellement demandeuse d'examens contribuera à la prise en charge rapide des patients. Ces implantations doivent permettre d'assurer une offre de soins primaires complète et localisée afin de répondre aux besoins de la population.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Activité de ressort de proximité

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023

Zones de répartition des activités = proximité	Type d'équipement	Autorisations au 01/10/2023		Implantations au 01/10/2023 au sens des nouveaux décrets
		Appareils	Implantations	
Paris - petite couronne				
75	scanner	80	58	70
	IRM	104	58	
92	scanner	44	32	41
	IRM	50	38	
93	scanner	39	29	30
	IRM	44	28	
94	scanner	32	22	27
	IRM	36	21	
Grande couronne				
77 nord	scanner	19	15	17
	IRM	21	15	
77 sud	scanner	12	9	14
	IRM	14	11	
78 nord	scanner	14	11	14
	IRM	17	13	
78 sud	scanner	15	11	14
	IRM	21	14	
91 nord	scanner	16	13	13
	IRM	19	12	
91 sud	scanner	13	11	15
	IRM	15	12	
95 est	scanner	6	4	5
	IRM	6	4	
95 ouest	scanner	8	6	8
	IRM	11	7	
95 sud	scanner	14	10	10
	IRM	14	8	
Total				**278**

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

Zones de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris - petite couronne		
75	60	73
92	38	42
93	28	31
94	27	30
Grande couronne		
77 nord	17	18
77 sud	14	14
78 nord	13	15
78 sud	13	14
91 nord	13	14
91 sud	15	16
95 est	5	6
95 ouest	8	9
95 sud	10	11
Total	**261**	**293**

Caisson hyperbare

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Une réduction significative de l'offre régionale de **caissons d'oxygénothérapie hyperbare** (OHB) s'est produite ces dernières décennies, avec la suppression de plusieurs équipements. Il ne subsiste actuellement qu'une seule installation monochambre en Île-de-France (installation ancienne dans les Hauts-de-Seine). Ce type d'équipement à vocation régionale doit être implanté dans des établissements aisément accessibles par voie routière et/ou aérienne (héliport), et disposant notamment d'une réanimation adulte et pédiatrique et de capacités mobiles d'urgence et de réanimation. La haute technicité et la nécessité de ressources humaines dûment formées ainsi que la garantie d'une permanence de soins dédiée sont des prérequis à la pratique de cette activité, a fortiori pour les indictions d'urgence.

Compte tenu d'une activité relativement faible vis-à-vis des autres régions françaises, une réflexion doit cependant être menée sur l'opportunité de développer cette offre.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Caisson hyperbare			Caisson hyperbare

Évaluation des besoins à 5 ans

Pendant la durée du PRS3, avant que ne soient menés des travaux concertés pour la juste évaluation des besoins, le nombre d'implantations (sites) n'a pas vocation à augmenter mais le nombre de caissons sur le site déjà doté pourrait se développer, notamment pour absorber un surplus d'activité potentielle liée à l'élargissement des séances afin de traiter des pathologies chroniques listées par les recommandations en vigueur, mais aussi pour garantir la continuité de l'offre en cas de maintenance et/ou dysfonctionnement de l'unique caisson existant.

En complément de l'analyse précise des données d'activités et du besoin en Île-de-France, la possibilité d'autoriser d'éventuels nouveaux sites reste

à évaluer en fonction des capacités structurelles et en ressources humaines des opérateurs qui se porteraient offreurs de cette activité.

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Caisson hyperbare d'oxygénothérapie

Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	1

Zones de répartition des activités = région	Existant autorisé au 01/10/2023	Appareils cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	2

Cyclotron à utilisation médicale

L'offre en Île-de-France en octobre 2023

La radiothérapie est délivrée selon trois modalités : curiethérapie, irradiation en sources non scellées, radiothérapie externe.

La radiothérapie externe utilise différents types de particules ionisantes :

- les photons, les plus fréquemment utilisés ;
- les hadrons qui comprennent les protons et le carbone 12 en cours d'expérimentation à l'étranger, l'intérêt par rapport au proton restant à démontrer.

La protonthérapie est une technique de radiothérapie externe qui permet une irradiation très précise (pic de Bragg). Ainsi, elle limite les effets secondaires en réduisant l'irradiation autour du volume cible et permet d'augmenter la dose à la cible. Les protons sont générés par un cyclotron.

L'organisation est nationale avec trois sites en activité à Caen, Nice et Orsay :

	Début activité de soins	Source	Salles de traitement
Curie – Orsay	1991	Haute énergie	Y1 haute énergie ou basse énergie
			Y2 haute énergie
			Gantry haute énergie
Lacassagne – Nice	1991	Basse énergie	1 salle
	2016	Haute énergie	1 salle
Baclesse – Caen	Juillet 2018	Haute énergie	1 salle

Le modèle médico-économique fait l'objet de travaux au plan national (valorisation de l'anesthésie, de la pédiatrie et de certaines indications multipliant le temps d'utilisation de la salle).

Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) nationale de protonthérapie pour les indications pédiatriques est mise en place ainsi que des modalités de coordination entre les trois centres, dans l'objectif d'une meilleure couverture territoriale des besoins.

Présentation de l'activité

L'autorisation d'un cyclotron est directement liée à l'activité de traitement du cancer pour la modalité radiothérapie (autorisation de radiothérapie externe adulte et pédiatrique selon la réglementation précédente). Les décrets[110] publiés en avril 2022 précisent les modalités d'organisation avec des spécificités pour la protonthérapie :

> « Art. R. 6123-93-5. – I. – Lorsque le titulaire d'une autorisation de radiothérapie externe réalise des traitements avec la technique de protonthérapie, il dispose également sur le même site d'une autorisation de détenir un équipement matériel lourd de cyclotron à utilisation médicale…
>
> I. – Lorsque le titulaire de radiothérapie externe réalise des traitements avec la technique de protonthérapie, il dispose également sur le même site d'une autorisation d'anesthésie ambulatoire prévue à l'article R. 6121-4.
>
> Art. R. 6123-93-6. – I. – Par dérogation à l'article R. 6123-93, lorsque le titulaire de l'autorisation de radiothérapie oriente un patient vers un titulaire pratiquant la technique de protonthérapie, il peut contribuer, conjointement avec le titulaire pratiquant la protonthérapie, à la préparation du traitement de protonthérapie et à la coordination du suivi post-traitement de protonthérapie du patient dans le cadre d'une convention. Cette prise en charge partagée est mentionnée dans le dossier médical du patient. Elle est comptabilisée dans l'activité de traitement de radiothérapie des deux titulaires d'autorisation de radiothérapie externe concernés.
>
> II. – Par dérogation à l'article R. 6123-91-4, lorsque le titulaire de l'autorisation de radiothérapie organise par voie de convention le déplacement de membres de son équipe de radiothérapie aux fins d'une co-utilisation de la technique de protonthérapie pour la prise en charge des patients qu'il traite, cette prise en charge est comptabilisée dans l'activité de traitement de radiothérapie des deux titulaires d'autorisation de radiothérapie externe concernés.
>
> III. – Les conventions visées aux I et II du présent article prévoient les modalités de formation des équipes des deux titulaires à la prise en charge conjointe du patient en protonthérapie ou à la co-utilisation de l'équipement à la technique de protonthérapie… »

110 Décrets n° 2022-689 et n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatifs aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer.

Le site Curie d'Orsay est le premier site de protonthérapie en France. Il traite la majorité de la file active nationale, a des capacités de développement et porte des activités de recherche. Il n'y a pas à ce jour de projet de développer les techniques avec le carbone. Le plateau nécessite des évolutions avec un changement de cyclotron à anticiper.

Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Cyclotron à utilisation médicale			Cyclotron

Évaluation des besoins à 5 ans

La radiothérapie externe est utilisée chez 60 % des patients ayant un cancer, dont environ 1 % par protonthérapie[111].

Suivi d'activité

	Orsay			Nice			Caen	
	Hors opht	Opht	Total	Hors opht	Opht	Total	Hors opht	Total
Nb de patients 2018	330	381	711	80	222	302	29	1 042
Nb de séances	9 940	1 780	11 720	2 460	1 706	4 166	730	16 616
Nb de patients 2019	321	359	680					
Nb de séances	8 717	2 229	10 946					
Nb de patients 2020	303	311	614					
Nb de séances	8 038	1 910	9 948					
Nb de patients 2021	341	320	661					
Nb de séances	9 002	2 141	11 143					
Nb de patients 2022	324	429	753					
Nb de séances	9 109	2 773	11 882					

111 https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-expertises-et-avis/Les-reponses-aux-saisines/2016

Focus 2022

	Orsay		
	Hors opht	Opht	Total
Nb de patients 2022	324	429	753
Dont étrangers	24	17	41
Dont enfants < 18 ans	136	2	138
Dont anesthésie générale	47	0	47
Nb de séances 2022	91 009	2 773	11 882
Dont étrangers	613	174	787
Dont enfants < 18 ans	3 521	8	3 529
Dont anesthésie générale	979	0	979

Le rapport de l'INCa de juin 2016 « Protonthérapie, indications et capacité de traitement » précise les besoins, avec une estimation d'environ 2 000 patients par an en France.

Les indications dans le cadre de traitements de tumeurs bénignes ou malignes sont à ce jour restreintes et se situent chez l'enfant d'une part, pour protéger les organes à risque et plus globalement l'exposition aux rayonnements ionisants et leurs conséquences à long terme, et chez l'adulte d'autre part, pour des tumeurs situées en grande proximité d'organes à risque (œil, base du crâne, spinale…).

L'extension des indications est actuellement explorée dans le cadre d'études cliniques, soit en raison des avantages dosimétriques des protons et de la réduction de la toxicité, soit pour évaluer une escalade de la dose.

La protonthérapie est confrontée aux évolutions et progrès réalisés par les possibilités d'irradiation par photons. Cependant, le développement technologique de la protonthérapie (irradiation par balayage fin, techniques stéréotaxiques, microfaisceaux, etc.) fait que les avantages physiques des protons se maintiennent vis-à-vis des photons, à technique similaire.

Au total, il n'y a pas d'élargissement majeur à court terme du périmètre des indications. Les avantages physiques des protons se maintiendront vis-à-vis des photons, à technique similaire. L'augmentation d'activité porte sur une meilleure prise en compte des indications actuelles chez l'enfant et le jeune adulte ainsi que des tumeurs bénignes situées au sein ou à proximité d'organes critiques. Les besoins peuvent être considérés comme couverts avec les centres en place en France.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

L'organisation fédérant les trois centres français doit être encouragée afin de garantir la meilleure couverture des besoins et assurer, le cas échéant, l'augmentation des besoins.

INDICATEUR DE SUIVI DU PRS3 :

- Suivi de la file active

Implantations opposables : objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Les indications de traitement ne vont pas fortement augmenter dans les cinq ans à venir. Si une augmentation de capacité de traitement devait être discutée, au regard d'efforts de formation et d'investissement, il conviendrait de privilégier l'augmentation de capacité sur le centre existant.

Cyclotron à utilisation médicale

Zones de répartition des activités = région	Autorisations au 01/10/2023	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	1

Zones de répartition des activités = région	Autorisations au 01/10/2023	Appareils cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
Île-de-France	1	1	1

Annexe – Arrêté de zonage

Agence régionale de santé Île-de-France

Arrêté n° 2023-171 portant délimitation des zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds.

La directrice générale de l'agence régionale de santé d'Île-de-France

VU le Code de la santé publique et notamment les articles L. 1434-9 à L. 1434-11, R. 1434-30, R. 1434-31 et R. 1434-32 ;

VU le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France à compter du 9 août 2021 ;

VU les propositions transmises par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France en vue de recueillir les avis réglementaires requis ;

VU l'avis de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) d'Île-de-France en date du 1er décembre 2022 ;

VU l'avis du Préfet de la Région d'Île-de-France en date du 23 janvier 2023 ;

CONSIDÉRANT que dans le cadre des travaux préparatoires du Projet régional de santé de 3e génération, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a proposé un nouveau découpage des zones de répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation pour l'Île-de-France ;

que le découpage retenu tient compte d'une logique de gradation des soins conforme à l'esprit de la réforme des autorisations initiée par l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 ; qu'ont ainsi été définis trois niveaux de recours possibles – proximité, territorial et régional – pour les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, en fonction des besoins des patients et de la complexité des actes et des plateaux techniques ;

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

qu'à chaque niveau de recours correspond une zone de répartition des autorisations concernées ;

que les territoires d'intervention des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) permettent de tenir compte des contraintes liées aux distances géographiques dans les départements de Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise, favorisant ainsi la cohérence des parcours de soins de proximité ;

CONSIDÉRANT que le découpage effectué retient :

- la reconnaissance de la région comme zone d'autorisation pour les activités de soins de recours régional et inter-régional ;
- le maintien du département comme unité de découpage géographique pour l'ensemble des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation classés en niveau territorial ;
- l'apparition, uniquement pour les départements de Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise, d'infra-territoires calqués sur les territoires d'intervention des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour les activités de soins classées en proximité, ces mêmes activités restant soumises à un découpage par département pour Paris et la proche couronne.

CONSIDÉRANT que cette proposition a fait l'objet d'échanges et de débats approfondis avec les membres de la Commission spécialisée de l'organisation des soins ;

que sur la base du principe de gradation en trois niveaux et du découpage présenté, a été défini, pour chaque activité de soins soumise à autorisation et pour les modalités de prises en charge associées, le niveau de recours le plus adapté ;

CONSIDÉRANT que la Commission spécialisée de l'organisation des soins réunie en séance le 1er décembre 2022 a émis un avis favorable au découpage présenté ;

que le Préfet de la Région d'Île-de-France a émis un avis favorable par courrier du 23 janvier 2023.

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉCIDE

ARTICLE 1er : Les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds visées au a) du 2° de l'article L. 1434-9 du Code de la santé publique sont :

- **La région**, pour les activités régionales ;
- **Le département**, à savoir Paris, la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise pour les activités territoriales ;
- **La zone de proximité** pour les activités de proximité. La région d'Île-de-France est composée de **13 zones de proximité** correspondant :
  - au département pour Paris, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne ;
  - aux territoires d'intervention des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour les départements de la grande couronne soit :
    - pour la Seine-et-Marne : 77 nord, 77 sud,
    - pour les Yvelines : 78 nord, 78 sud,
    - pour l'Essonne : 91 nord, 91 sud,
    - pour le Val-d'Oise : 95 est, 95 ouest, 95 sud.

Les listes des communes composant chaque zone de proximité de la grande couronne sont annexées au présent arrêté.

ARTICLE 2 : La répartition des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation en activité régionale, territoriale ou de proximité est fixée dans le tableau annexé au présent arrêté.

ARTICLE 3 : Le présent arrêté sera opposable à la date d'entrée en vigueur du Projet régional de santé 2023-2028.

ARTICLE 4 : Un recours contre le présent arrêté peut être formé devant le tribunal administratif compétent dans les deux mois suivant sa publication.

ARTICLE 5 : Les Directeurs de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Île-de-France.

Fait à Saint-Denis, le 27 juin 2023
La Directrice générale de l'Agence
régionale de santé Île-de-France

Amélie VERDIER

ANNEXE 1 – Déclinaison du zonage par activité de soins et équipement matériel lourd autorisé

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Imagerie diagnostique	Imagerie diagnostique (scanner, IRM)		
Médecine	Médecine adulte Médecine enfants et adolescents		
Chirurgie	Chirurgie de l'adulte	Chirurgie bariatrique Chirurgie pédiatrique	Chirurgie cardiaque adulte Neurochirurgie adulte Chirurgie cardiaque pédiatrique Neurochirurgie pédiatrique
Gynécologie-obstétrique-néonatalogie-réanimation néonatale		Gynécologie-obstétrique (type I) Néonatalogie sans soins intensifs (type II a) Néonatalogie avec soins intensifs (type II b) Réanimation néonatale (type III)	
Psychiatrie		Psychiatrie adulte Psychiatrie enfants et adolescents Psychiatrie périnatale	
Soins médicaux et de réadaptation	Mention polyvalent Mention gériatrie	Mention locomoteur Mention système nerveux Mention cardio-vasculaire Mention pneumologie Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition Mention conduites addictives	Mention brûlés

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins médicaux et de réadaptation **Modalité pédiatrie**		Mention enfants et adolescents Mention jeunes enfants, enfants et adolescents	
Soins médicaux et de réadaptation **Modalité cancers**		Mention oncologie	Mention onco-hématologie
Activité de médecine nucléaire	Médecine nucléaire Mention A	Médecine nucléaire Mention B	
Soins de longue durée		Soins de longue durée	
Greffe d'organe et greffe de cellules hématopoïétiques			Greffe adulte Greffe pédiatrique
Traitement des grands brûlés			Traitement des grands brûlés
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention A	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention B Modalité Rythmologie interventionnelle Mention C Modalité Rythmologie interventionnelle Mention D Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention A Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention B
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie		Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie Mention A	Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie Mention B

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Médecine d'urgence	Service d'accueil des urgences adultes Service d'accueil des urgences pédiatriques Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) adulte	Services d'aide médicale urgente (SAMU adulte et SAMU pédiatrique) SMUR pédiatrique	
Soins critiques adultes	Soins intensifs de cardiologie	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant Soins intensifs polyvalents dérogatoires Soins intensifs de neurologie vasculaire Soins intensifs d'hématologie	
Soins critiques pédiatriques	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant Réanimation et soins intensifs polyvalents pédiatriques, et de spécialité le cas échéant Soins intensifs pédiatriques d'hématologie
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration rénale (IRC)	Dialyse à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale) Autodialyse simple ou assistée dans des lieux dédiés (UAD) Unités de dialyse médicalisée (UDM) Hémodialyse (HD) en centre		

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Activités cliniques et biologique d'assistance médicale à la procréation (AMP) **AMP activité biologique**		Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation Conservation des embryons en vue de projet parental Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux Conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
AMP activité clinique		Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP Prélèvement de spermatozoïdes Transfert des embryons en vue de leur implantation Mise en œuvre de l'accueil des embryons Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une AMP	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Diagnostic prénatal (DPN)		Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique Examens de génétique moléculaire Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel
Soins de traitement du cancer		Modalité Chirurgie oncologique adulte	Modalité Chirurgie oncologique adulte
Modalité Chirurgie des cancers		Mentions A1 et B1_ chirurgie oncologique viscérale et digestive	Mentions A2 et B2_ chirurgie oncologique thoracique
Soins de traitement du cancer **Modalité Chirurgie des cancers**		Mentions A3 et B3_ chirurgie oncologique de la sphère oro-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde Mention A4_ chirurgie oncologie urologique Mentions A5 et B5_ chirurgie oncologique gynécologique Mention A6_ chirurgie oncologique mammaire Mention A7_ chirurgie oncologique indifférenciée	Mention B4_ chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique Modalité Chirurgie oncologique Mention C Enfants et adolescents de moins de 18 ans

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Soins de traitement du cancer **Modalité Radiothérapie externe, curiethérapie**		Mention A Radiothérapie externe chez l'adulte	Mention B Curiethérapie chez l'adulte Mention C Radiothérapie externe, curiethérapie
Soins de traitement du cancer **Modalité Traitements médicamenteux systémiques du cancer**		Mention A Traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte hors chimiothérapies intensives Mention B Traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	Mention C assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales		Cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	
Hospitalisation à domicile (HAD)	HAD socle	HAD de réadaptation HAD ante et post-partum	HAD enfants de moins de 3 ans
Radiologie interventionnelle		Radiologie interventionnelle Mention A	Radiologie interventionnelle Mention B Radiologie interventionnelle Mention C Radiologie interventionnelle Mention D
Imagerie diagnostique	Appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale (IRM) Scanographes à utilisation médicale		

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

Activité de soins	Activités de proximité	Activités territoriales	Activités régionales
Caisson hyperbare			Caisson hyperbare
Cyclotron à utilisation médicale			Cyclotron
Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)		Permanence des soins en établissement de santé. Toutefois, pour la permanence des soins dans certaines activités, la couverture du besoin pourra être évaluée à l'échelle de la région	

ANNEXE 2 - Zones de proximité - Grande couronne : référencement par département, par zone de proximité et par commune

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77002	Amillis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77005	Annet-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77008	Armentières-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77013	Aulnoy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77018	Bailly-Romainvilliers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77023	Barcy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77024	Bassevelle	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77030	Bellot	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77031	Bernay-Vilbert	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77032	Beton-Bazoches	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77042	Boissy-le-Châtel	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77043	Boitron	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77047	Bouleurs	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77049	Boutigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77055	Brou-sur-Chantereine	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77057	Bussières	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77058	Bussy-Saint-Georges	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77059	Bussy-Saint-Martin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77062	Carnetin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77070	Chailly-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77075	Chalifert	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77077	Chambry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77078	Chamigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77083	Champs-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77084	Changis-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77085	Chanteloup-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77094	Charmentray	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77095	Charny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77097	Chartronges	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77104	Châtres	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77335	Chauconin-Neufmontiers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77106	Chauffry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77107	Chaumes-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77108	Chelles	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77111	Chessy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77113	Chevru	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77114	Chevry-Cossigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77116	Choisy-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77117	Citry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77118	Claye-Souilly	77 nord

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77120	Cocherel	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77121	Collégien	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77123	Compans	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77124	Conches-sur-Gondoire	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77125	Condé-Sainte-Libiaire	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77126	Congis-sur-Thérouanne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77128	Couilly-Pont-aux-Dames	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77129	Coulombs-en-Valois	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77130	Coulommes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77131	Coulommiers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77132	Coupvray	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77135	Courpalay	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77136	Courquetaine	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77139	Courtry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77141	Coutevroult	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77142	Crécy-la-Chapelle	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77143	Crégy-lès-Meaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77144	Crèvecœur-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77146	Croissy-Beaubourg	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77148	Crouy-sur-Ourcq	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77150	Cuisy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77151	Dagny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77153	Dammartin-en-Goële	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77154	Dammartin-sur-Tigeaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77155	Dampmart	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77157	Dhuisy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77162	Doue	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77163	Douy-la-Ramée	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77169	Émerainville	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77171	Esbly	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77173	Étrépilly	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77176	Faremoutiers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77177	Favières	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77180	Férolles-Attilly	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77181	Ferrières-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77192	Fontenay-Trésigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77193	Forfry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77196	Fresnes-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77199	Fublaines	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77203	Germigny-l'Évêque	77 nord

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77204	Germigny-sous-Coulombs	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77205	Gesvres-le-Chapitre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77206	Giremoutiers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77209	Gouvernes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77214	Gressy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77215	Gretz-Armainvilliers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77219	Guérard	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77221	Guermantes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77224	Hautefeuille	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77228	Hondevilliers	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77231	Isles-les-Meldeuses	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77232	Isles-lès-Villenoy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77233	Iverny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77234	Jablines	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77235	Jaignes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77237	Jossigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77238	Jouarre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77240	Jouy-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77241	Juilly	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77063	La Celle-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77087	La Chapelle-Iger	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77093	La Chapelle-Moutils	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77182	La Ferté-Gaucher	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77183	La Ferté-sous-Jouarre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77225	La Haute-Maison	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77229	La Houssaye-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77472	La Trétoire	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77243	Lagny-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77291	Le Mesnil-Amelot	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77363	Le Pin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77364	Le Plessis-aux-Bois	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77365	Le Plessis-Feu-Aussoux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77366	Le Plessis-l'Évêque	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77367	Le Plessis-Placy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77091	Les Chapelles-Bourbon	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77247	Lescherolles	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77248	Lesches	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77249	Lésigny	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77250	Leudon-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77254	Liverdy-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77257	Lizy-sur-Ourcq	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77258	Lognes	77 nord

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77259	Longperrier	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77264	Lumigny-Nesles-Ormeaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77265	Luzancy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77268	Magny-le-Hongre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77270	Maisoncelles-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77273	Marchémoret	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77274	Marcilly	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77276	Mareuil-lès-Meaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77277	Marles-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77278	Marolles-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77280	Mary-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77281	Mauperthuis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77282	Mauregard	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77283	May-en-Multien	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77284	Meaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77287	Meilleray	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77290	Méry-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77292	Messy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77294	Mitry-Mory	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77300	Montceaux-lès-Meaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77303	Montdauphin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77304	Montenils	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77307	Montévrain	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77308	Montgé-en-Goële	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77309	Monthyon	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77314	Montolivet	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77315	Montry	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77318	Mortcerf	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77320	Mouroux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77322	Moussy-le-Neuf	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77323	Moussy-le-Vieux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77330	Nanteuil-lès-Meaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77331	Nanteuil-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77332	Nantouillet	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77336	Neufmoutiers-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77337	Noisiel	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77343	Ocquerre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77344	Oissery	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77345	Orly-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77349	Othis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77350	Ozoir-la-Ferrière	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77358	Penchard	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77360	Pézarches	77 nord

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77361	Pierre-Levée	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77369	Poincy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77371	Pommeuse	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77372	Pomponne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77373	Pontault-Combault	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77374	Pontcarré	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77376	Précy-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77377	Presles-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77380	Puisieux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77382	Quincy-Voisins	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77385	Rebais	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77388	Reuil-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77390	Roissy-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77392	Rouvres	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77393	Rozay-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77397	Saâcy-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77398	Sablonnières	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77400	Saint-Augustin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77402	Saint-Barthélemy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77405	Saint-Cyr-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77406	Saint-Denis-lès-Rebais	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77401	Sainte-Aulde	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77408	Saint-Fiacre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77411	Saint-Germain-sous-Doue	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77413	Saint-Germain-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77415	Saint-Jean-les-Deux-Jumeaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77417	Saint-Léger	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77420	Saint-Mard	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77423	Saint-Martin-des-Champs	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77427	Saint-Mesmes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77429	Saint-Ouen-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77430	Saint-Pathus	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77432	Saint-Rémy-la-Vanne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77433	Saints	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77436	Saint-Siméon	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77437	Saint-Soupplets	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77438	Saint-Thibault-des-Vignes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77440	Sammeron	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77443	Sancy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77448	Sept-Sorts	77 nord

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77449	Serris	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77451	Signy-Signets	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77460	Tancrou	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77462	Thieux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77464	Thorigny-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77466	Tigeaux	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77468	Torcy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77469	Touquin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77470	Tournan-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77474	Trilbardou	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77475	Trilport	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77476	Trocy-en-Multien	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77478	Ussy-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77479	Vaires-sur-Marne	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77483	Varreddes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77484	Vaucourtois	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77486	Vaudoy-en-Brie	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77490	Vendrest	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77492	Verdelot	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77498	Vignely	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77505	Villemareuil	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77508	Villeneuve-le-Comte	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77510	Villeneuve-Saint-Denis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77511	Villeneuve-sous-Dammartin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77512	Villeneuve-sur-Bellot	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77513	Villenoy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77514	Villeparisis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77515	Villeroy	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77517	Villevaudé	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77521	Villiers-sur-Morin	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77525	Vinantes	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77526	Vincy-Manœuvre	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77527	Voinsles	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77529	Voulangis	77 nord
77	SEINE-ET-MARNE	77001	Achères-la-Forêt	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77003	Amponville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77004	Andrezel	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77006	Arbonne-la-Forêt	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77007	Argentières	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77009	Arville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77010	Aubepierre-Ozouer-le-Repos	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77011	Aufferville	77 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77012	Augers-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77014	Avon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77015	Baby	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77016	Bagneaux-sur-Loing	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77019	Balloy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77020	Bannost-Villegagnon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77021	Barbey	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77022	Barbizon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77025	Bazoches-lès-Bray	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77026	Beauchery-Saint-Martin	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77027	Beaumont-du-Gâtinais	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77029	Beauvoir	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77033	Bezalles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77034	Blandy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77035	Blennes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77036	Boisdon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77037	Bois-le-Roi	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77038	Boissettes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77039	Boissise-la-Bertrand	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77040	Boissise-le-Roi	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77041	Boissy-aux-Cailles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77044	Bombon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77045	Bougligny	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77046	Boulancourt	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77048	Bourron-Marlotte	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77050	Bransles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77051	Bray-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77052	Bréau	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77053	Brie-Comte-Robert	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77056	Burcy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77060	Buthiers	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77061	Cannes-Écluse	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77065	Cély	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77066	Cerneux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77067	Cesson	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77068	Cessoy-en-Montois	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77069	Chailly-en-Bière	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77071	Chaintreaux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77072	Chalautre-la-Grande	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77073	Chalautre-la-Petite	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77076	Chalmaison	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77079	Champagne-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77080	Champcenest	77 sud

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77081	Champdeuil	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77082	Champeaux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77096	Chartrettes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77098	Châteaubleau	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77099	Château-Landon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77101	Châtenay-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77102	Châtenoy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77103	Châtillon-la-Borde	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77109	Chenoise-Cucharmoy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77110	Chenou	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77112	Chevrainvilliers	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77115	Chevry-en-Sereine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77119	Clos-Fontaine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77122	Combs-la-Ville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77127	Coubert	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77133	Courcelles-en-Bassée	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77134	Courchamp	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77137	Courtacon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77138	Courtomer	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77140	Coutençon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77145	Crisenoy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77152	Dammarie-les-Lys	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77156	Darvault	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77158	Diant	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77159	Donnemarie-Dontilly	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77161	Dormelles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77164	Échouboulains	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77167	Égligny	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77168	Égreville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77172	Esmans	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77174	Everly	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77175	Évry-Grégy-sur-Yerre	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77178	Faÿ-lès-Nemours	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77179	Féricy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77184	Flagy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77185	Fleury-en-Bière	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77186	Fontainebleau	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77187	Fontaine-Fourches	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77188	Fontaine-le-Port	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77190	Fontains	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77191	Fontenailles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77194	Forges	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77195	Fouju	77 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77197	Frétoy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77198	Fromont	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77200	Garentreville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77201	Gastins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77207	Gironville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77208	Gouaix	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77211	Grandpuits-Bailly-Carrois	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77212	Gravon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77216	Grez-sur-Loing	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77217	Grisy-Suisnes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77218	Grisy-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77220	Guercheville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77222	Guignes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77223	Gurcy-le-Châtel	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77226	Héricy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77227	Hermé	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77230	Ichy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77236	Jaulnes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77239	Jouy-le-Châtel	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77242	Jutigny	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77054	La Brosse-Montceaux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77086	La Chapelle-Gauthier	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77088	La Chapelle-la-Reine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77089	La Chapelle-Rablais	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77090	La Chapelle-Saint-Sulpice	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77147	La Croix-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77202	La Genevraye	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77210	La Grande-Paroisse	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77267	La Madeleine-sur-Loing	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77389	La Rochette	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77467	La Tombe	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77244	Larchant	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77245	Laval-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77100	Le Châtelet-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77285	Le Mée-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77485	Le Vaudoué	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77246	Léchelle	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77165	Les Écrennes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77275	Les Marêts	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77347	Les Ormes-sur-Voulzie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77251	Lieusaint	77 sud

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77252	Limoges-Fourches	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77253	Lissy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77255	Livry-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77256	Lizines	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77260	Longueville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77261	Lorrez-le-Bocage-Préaux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77262	Louan-Villegruis-Fontaine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77263	Luisetaines	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77266	Machault	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77269	Maincy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77271	Maisoncelles-en-Gâtinais	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77272	Maison-Rouge	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77279	Marolles-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77286	Meigneux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77288	Melun	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77289	Melz-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77293	Misy-sur-Yonne	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77295	Moisenay	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77296	Moissy-Cramayel	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77297	Mondreville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77298	Mons-en-Montois	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77301	Montceaux-lès-Provins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77302	Montcourt-Fromonville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77305	Montereau-Fault-Yonne	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77306	Montereau-sur-le-Jard	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77310	Montigny-le-Guesdier	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77311	Montigny-Lencoup	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77312	Montigny-sur-Loing	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77313	Montmachoux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77316	Moret-Loing-et-Orvanne	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77317	Mormant	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77319	Mortery	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77321	Mousseaux-lès-Bray	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77325	Mouy-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77326	Nandy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77327	Nangis	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77328	Nanteau-sur-Essonne	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77329	Nanteau-sur-Lunain	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77333	Nemours	77 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77338	Noisy-Rudignon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77339	Noisy-sur-École	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77340	Nonville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77341	Noyen-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77342	Obsonville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77348	Ormesson	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77352	Ozouer-le-Voulgis	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77353	Paley	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77354	Pamfou	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77355	Paroy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77356	Passy-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77357	Pécy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77359	Perthes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77368	Poigny	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77370	Poligny	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77378	Pringy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77379	Provins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77381	Quiers	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77383	Rampillon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77384	Réau	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77386	Recloses	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77387	Remauville	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77391	Rouilly	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77394	Rubelles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77395	Rumont	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77396	Rupéreux	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77403	Saint-Brice	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77404	Sainte-Colombe	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77407	Saint-Fargeau-Ponthierry	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77409	Saint-Germain-Laval	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77410	Saint-Germain-Laxis	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77412	Saint-Germain-sur-École	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77414	Saint-Hilliers	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77418	Saint-Loup-de-Naud	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77419	Saint-Mammès	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77421	Saint-Mars-Vieux-Maisons	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77424	Saint-Martin-du-Boschet	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77425	Saint-Martin-en-Bière	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77426	Saint-Méry	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77428	Saint-Ouen-en-Brie	77 sud

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77431	Saint-Pierre-lès-Nemours	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77434	Saint-Sauveur-lès-Bray	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77435	Saint-Sauveur-sur-École	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77439	Salins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77441	Samois-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77442	Samoreau	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77444	Sancy-lès-Provins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77445	Savigny-le-Temple	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77446	Savins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77447	Seine-Port	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77450	Servon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77452	Sigy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77453	Sivry-Courtry	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77454	Sognolles-en-Montois	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77455	Soignolles-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77456	Soisy-Bouy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77457	Solers	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77458	Souppes-sur-Loing	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77459	Sourdun	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77461	Thénisy	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77463	Thomery	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77465	Thoury-Férottes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77471	Tousson	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77473	Treuzy-Levelay	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77477	Ury	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77480	Valence-en-Brie	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77481	Vanvillé	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77482	Varennes-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77487	Vaux-le-Pénil	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77489	Vaux-sur-Lunain	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77493	Verneuil-l'Étang	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77494	Vernou-la-Celle-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77495	Vert-Saint-Denis	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77496	Vieux-Champagne	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77500	Villebéon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77501	Villecerf	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77504	Villemaréchal	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77506	Villemer	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77507	Villenauxe-la-Petite	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77509	Villeneuve-les-Bordes	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77516	Ville-Saint-Jacques	77 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
77	SEINE-ET-MARNE	77518	Villiers-en-Bière	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77519	Villiers-Saint-Georges	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77520	Villiers-sous-Grez	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77522	Villiers-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77523	Villuis	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77524	Vimpelles	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77528	Voisenon	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77530	Voulton	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77531	Voulx	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77532	Vulaines-lès-Provins	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77533	Vulaines-sur-Seine	77 sud
77	SEINE-ET-MARNE	77534	Yèbles	77 sud
78	YVELINES	78005	Achères	78 nord
78	YVELINES	78007	Aigremont	78 nord
78	YVELINES	78013	Andelu	78 nord
78	YVELINES	78015	Andrésy	78 nord
78	YVELINES	78020	Arnouville-lès-Mantes	78 nord
78	YVELINES	78029	Aubergenville	78 nord
78	YVELINES	78031	Auffreville-Brasseuil	78 nord
78	YVELINES	78033	Aulnay-sur-Mauldre	78 nord
78	YVELINES	78049	Bazemont	78 nord
78	YVELINES	78057	Bennecourt	78 nord
78	YVELINES	78068	Blaru	78 nord
78	YVELINES	78070	Boinville-en-Mantois	78 nord
78	YVELINES	78082	Boissy-Mauvoisin	78 nord
78	YVELINES	78089	Bonnières-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78090	Bouafle	78 nord
78	YVELINES	78104	Breuil-Bois-Robert	78 nord
78	YVELINES	78107	Bréval	78 nord
78	YVELINES	78113	Brueil-en-Vexin	78 nord
78	YVELINES	78118	Buchelay	78 nord
78	YVELINES	78123	Carrières-sous-Poissy	78 nord
78	YVELINES	78124	Carrières-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78133	Chambourcy	78 nord
78	YVELINES	78138	Chanteloup-les-Vignes	78 nord
78	YVELINES	78140	Chapet	78 nord
78	YVELINES	78146	Chatou	78 nord
78	YVELINES	78147	Chaufour-lès-Bonnières	78 nord
78	YVELINES	78152	Chavenay	78 nord
78	YVELINES	78172	Conflans-Sainte-Honorine	78 nord
78	YVELINES	78188	Cravent	78 nord
78	YVELINES	78189	Crespières	78 nord

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78190	Croissy-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78196	Davron	78 nord
78	YVELINES	78202	Drocourt	78 nord
78	YVELINES	78206	Ecquevilly	78 nord
78	YVELINES	78217	Épône	78 nord
78	YVELINES	78227	Évecquemont	78 nord
78	YVELINES	78231	Favrieux	78 nord
78	YVELINES	78233	Feucherolles	78 nord
78	YVELINES	78234	Flacourt	78 nord
78	YVELINES	78238	Flins-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78239	Follainville-Dennemont	78 nord
78	YVELINES	78245	Fontenay-Mauvoisin	78 nord
78	YVELINES	78246	Fontenay-Saint-Père	78 nord
78	YVELINES	78255	Freneuse	78 nord
78	YVELINES	78261	Gaillon-sur-Montcient	78 nord
78	YVELINES	78267	Gargenville	78 nord
78	YVELINES	78276	Gommecourt	78 nord
78	YVELINES	78281	Goussonville	78 nord
78	YVELINES	78290	Guernes	78 nord
78	YVELINES	78291	Guerville	78 nord
78	YVELINES	78296	Guitrancourt	78 nord
78	YVELINES	78299	Hardricourt	78 nord
78	YVELINES	78300	Hargeville	78 nord
78	YVELINES	78305	Herbeville	78 nord
78	YVELINES	78311	Houilles	78 nord
78	YVELINES	78314	Issou	78 nord
78	YVELINES	78317	Jambville	78 nord
78	YVELINES	78320	Jeufosse	78 nord
78	YVELINES	78324	Jouy-Mauvoisin	78 nord
78	YVELINES	78325	Jumeauville	78 nord
78	YVELINES	78327	Juziers	78 nord
78	YVELINES	78230	La Falaise	78 nord
78	YVELINES	78668	La Villeneuve-en-Chevrie	78 nord
78	YVELINES	78329	Lainville-en-Vexin	78 nord
78	YVELINES	78396	Le Mesnil-le-Roi	78 nord
78	YVELINES	78481	Le Pecq	78 nord
78	YVELINES	78502	Le Port-Marly	78 nord
78	YVELINES	78608	Le Tertre-Saint-Denis	78 nord
78	YVELINES	78650	Le Vésinet	78 nord
78	YVELINES	78010	Les Alluets-le-Roi	78 nord
78	YVELINES	78440	Les Mureaux	78 nord
78	YVELINES	78224	L'Étang-la-Ville	78 nord

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78335	Limay	78 nord
78	YVELINES	78337	Limetz-Villez	78 nord
78	YVELINES	78344	Lommoye	78 nord
78	YVELINES	78350	Louveciennes	78 nord
78	YVELINES	78354	Magnanville	78 nord
78	YVELINES	78358	Maisons-Laffitte	78 nord
78	YVELINES	78361	Mantes-la-Jolie	78 nord
78	YVELINES	78362	Mantes-la-Ville	78 nord
78	YVELINES	78367	Mareil-Marly	78 nord
78	YVELINES	78368	Mareil-sur-Mauldre	78 nord
78	YVELINES	78372	Marly-le-Roi	78 nord
78	YVELINES	78380	Maule	78 nord
78	YVELINES	78382	Maurecourt	78 nord
78	YVELINES	78384	Médan	78 nord
78	YVELINES	78385	Ménerville	78 nord
78	YVELINES	78391	Méricourt	78 nord
78	YVELINES	78401	Meulan-en-Yvelines	78 nord
78	YVELINES	78402	Mézières-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78403	Mézy-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78410	Moisson	78 nord
78	YVELINES	78415	Montainville	78 nord
78	YVELINES	78416	Montalet-le-Bois	78 nord
78	YVELINES	78418	Montesson	78 nord
78	YVELINES	78431	Morainvilliers	78 nord
78	YVELINES	78437	Mousseaux-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78444	Neauphlette	78 nord
78	YVELINES	78451	Nézel	78 nord
78	YVELINES	78460	Oinville-sur-Montcient	78 nord
78	YVELINES	78466	Orgeval	78 nord
78	YVELINES	78484	Perdreauville	78 nord
78	YVELINES	78498	Poissy	78 nord
78	YVELINES	78501	Porcheville	78 nord
78	YVELINES	78528	Rolleboise	78 nord
78	YVELINES	78530	Rosay	78 nord
78	YVELINES	78531	Rosny-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78536	Sailly	78 nord
78	YVELINES	78551	Saint-Germain-en-Laye	78 nord
78	YVELINES	78558	Saint-Illiers-la-Ville	78 nord
78	YVELINES	78559	Saint-Illiers-le-Bois	78 nord
78	YVELINES	78567	Saint-Martin-la-Garenne	78 nord
78	YVELINES	78571	Saint-Nom-la-Bretèche	78 nord

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78586	Sartrouville	78 nord
78	YVELINES	78597	Soindres	78 nord
78	YVELINES	78609	Tessancourt-sur-Aubette	78 nord
78	YVELINES	78624	Triel-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78638	Vaux-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78642	Verneuil-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78643	Vernouillet	78 nord
78	YVELINES	78647	Vert	78 nord
78	YVELINES	78672	Villennes-sur-Seine	78 nord
78	YVELINES	78677	Villette	78 nord
78	YVELINES	78003	Ablis	78 sud
78	YVELINES	78006	Adainville	78 sud
78	YVELINES	78009	Allainville	78 sud
78	YVELINES	78030	Auffargis	78 sud
78	YVELINES	78034	Auteuil	78 sud
78	YVELINES	78036	Autouillet	78 sud
78	YVELINES	78043	Bailly	78 sud
78	YVELINES	78048	Bazainville	78 sud
78	YVELINES	78050	Bazoches-sur-Guyonne	78 sud
78	YVELINES	78053	Béhoust	78 sud
78	YVELINES	78062	Beynes	78 sud
78	YVELINES	78071	Boinville-le-Gaillard	78 sud
78	YVELINES	78072	Boinvilliers	78 sud
78	YVELINES	78073	Bois-d'Arcy	78 sud
78	YVELINES	78076	Boissets	78 sud
78	YVELINES	78084	Boissy-sans-Avoir	78 sud
78	YVELINES	78087	Bonnelles	78 sud
78	YVELINES	78092	Bougival	78 sud
78	YVELINES	78096	Bourdonné	78 sud
78	YVELINES	78117	Buc	78 sud
78	YVELINES	78120	Bullion	78 sud
78	YVELINES	78128	Cernay-la-Ville	78 sud
78	YVELINES	78143	Châteaufort	78 sud
78	YVELINES	78160	Chevreuse	78 sud
78	YVELINES	78162	Choisel	78 sud
78	YVELINES	78163	Civry-la-Forêt	78 sud
78	YVELINES	78164	Clairefontaine-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78168	Coignières	78 sud
78	YVELINES	78171	Condé-sur-Vesgre	78 sud
78	YVELINES	78185	Courgent	78 sud
78	YVELINES	78192	Dammartin-en-Serve	78 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78193	Dampierre-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78194	Dannemarie	78 sud
78	YVELINES	78208	Élancourt	78 sud
78	YVELINES	78209	Émancé	78 sud
78	YVELINES	78236	Flexanville	78 sud
78	YVELINES	78237	Flins-Neuve-Église	78 sud
78	YVELINES	78242	Fontenay-le-Fleury	78 sud
78	YVELINES	78262	Galluis	78 sud
78	YVELINES	78263	Gambais	78 sud
78	YVELINES	78264	Gambaiseuil	78 sud
78	YVELINES	78265	Garancières	78 sud
78	YVELINES	78269	Gazeran	78 sud
78	YVELINES	78278	Goupillières	78 sud
78	YVELINES	78283	Grandchamp	78 sud
78	YVELINES	78285	Gressey	78 sud
78	YVELINES	78289	Grosrouvre	78 sud
78	YVELINES	78297	Guyancourt	78 sud
78	YVELINES	78307	Hermeray	78 sud
78	YVELINES	78310	Houdan	78 sud
78	YVELINES	78321	Jouars-Pontchartrain	78 sud
78	YVELINES	78322	Jouy-en-Josas	78 sud
78	YVELINES	78077	La Boissière-École	78 sud
78	YVELINES	78125	La Celle-les-Bordes	78 sud
78	YVELINES	78126	La Celle-Saint-Cloud	78 sud
78	YVELINES	78302	La Hauteville	78 sud
78	YVELINES	78513	La Queue-lez-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78644	La Verrière	78 sud
78	YVELINES	78158	Le Chesnay	78 sud
78	YVELINES	78397	Le Mesnil-Saint-Denis	78 sud
78	YVELINES	78486	Le Perray-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78606	Le Tartre-Gaudran	78 sud
78	YVELINES	78623	Le Tremblay-sur-Mauldre	78 sud
78	YVELINES	78108	Les Bréviaires	78 sud
78	YVELINES	78165	Les Clayes-sous-Bois	78 sud
78	YVELINES	78220	Les Essarts-le-Roi	78 sud
78	YVELINES	78343	Les Loges-en-Josas	78 sud
78	YVELINES	78398	Les Mesnuls	78 sud
78	YVELINES	78334	Lévis-Saint-Nom	78 sud
78	YVELINES	78346	Longnes	78 sud
78	YVELINES	78349	Longvilliers	78 sud
78	YVELINES	78356	Magny-les-Hameaux	78 sud
78	YVELINES	78364	Marcq	78 sud
78	YVELINES	78366	Mareil-le-Guyon	78 sud

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78381	Maulette	78 sud
78	YVELINES	78383	Maurepas	78 sud
78	YVELINES	78389	Méré	78 sud
78	YVELINES	78404	Millemont	78 sud
78	YVELINES	78406	Milon-la-Chapelle	78 sud
78	YVELINES	78407	Mittainville	78 sud
78	YVELINES	78413	Mondreville	78 sud
78	YVELINES	78417	Montchauvet	78 sud
78	YVELINES	78420	Montfort-l'Amaury	78 sud
78	YVELINES	78423	Montigny-le-Bretonneux	78 sud
78	YVELINES	78439	Mulcent	78 sud
78	YVELINES	78442	Neauphle-le-Château	78 sud
78	YVELINES	78443	Neauphle-le-Vieux	78 sud
78	YVELINES	78455	Noisy-le-Roi	78 sud
78	YVELINES	78464	Orcemont	78 sud
78	YVELINES	78465	Orgerus	78 sud
78	YVELINES	78470	Orphin	78 sud
78	YVELINES	78472	Orsonville	78 sud
78	YVELINES	78474	Orvilliers	78 sud
78	YVELINES	78475	Osmoy	78 sud
78	YVELINES	78478	Paray-Douaville	78 sud
78	YVELINES	78490	Plaisir	78 sud
78	YVELINES	78497	Poigny-la-Forêt	78 sud
78	YVELINES	78499	Ponthévrard	78 sud
78	YVELINES	78506	Prunay-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78505	Prunay-le-Temple	78 sud
78	YVELINES	78516	Raizeux	78 sud
78	YVELINES	78517	Rambouillet	78 sud
78	YVELINES	78518	Rennemoulin	78 sud
78	YVELINES	78520	Richebourg	78 sud
78	YVELINES	78522	Rochefort-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78537	Saint-Arnoult-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78545	Saint-Cyr-l'École	78 sud
78	YVELINES	78569	Sainte-Mesme	78 sud
78	YVELINES	78548	Saint-Forget	78 sud
78	YVELINES	78550	Saint-Germain-de-la-Grange	78 sud
78	YVELINES	78557	Saint-Hilarion	78 sud
78	YVELINES	78561	Saint-Lambert	78 sud
78	YVELINES	78562	Saint-Léger-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78564	Saint-Martin-de-Bréthencourt	78 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
78	YVELINES	78565	Saint-Martin-des-Champs	78 sud
78	YVELINES	78575	Saint-Rémy-lès-Chevreuse	78 sud
78	YVELINES	78576	Saint-Rémy-l'Honoré	78 sud
78	YVELINES	78588	Saulx-Marchais	78 sud
78	YVELINES	78590	Senlisse	78 sud
78	YVELINES	78591	Septeuil	78 sud
78	YVELINES	78601	Sonchamp	78 sud
78	YVELINES	78605	Tacoignières	78 sud
78	YVELINES	78615	Thiverval-Grignon	78 sud
78	YVELINES	78616	Thoiry	78 sud
78	YVELINES	78618	Tilly	78 sud
78	YVELINES	78620	Toussus-le-Noble	78 sud
78	YVELINES	78621	Trappes	78 sud
78	YVELINES	78640	Vélizy-Villacoublay	78 sud
78	YVELINES	78646	Versailles	78 sud
78	YVELINES	78653	Vicq	78 sud
78	YVELINES	78655	Vieille-Église-en-Yvelines	78 sud
78	YVELINES	78674	Villepreux	78 sud
78	YVELINES	78681	Villiers-le-Mahieu	78 sud
78	YVELINES	78683	Villiers-Saint-Frédéric	78 sud
78	YVELINES	78686	Viroflay	78 sud
78	YVELINES	78688	Voisins-le-Bretonneux	78 sud
91	ESSONNE	91027	Athis-Mons	91 nord
91	ESSONNE	91044	Ballainvilliers	91 nord
91	ESSONNE	91064	Bièvres	91 nord
91	ESSONNE	91097	Boussy-Saint-Antoine	91 nord
91	ESSONNE	91114	Brunoy	91 nord
91	ESSONNE	91122	Bures-sur-Yvette	91 nord
91	ESSONNE	91136	Champlan	91 nord
91	ESSONNE	91161	Chilly-Mazarin	91 nord
91	ESSONNE	91191	Crosne	91 nord
91	ESSONNE	91201	Draveil	91 nord
91	ESSONNE	91215	Épinay-sous-Sénart	91 nord
91	ESSONNE	91216	Épinay-sur-Orge	91 nord
91	ESSONNE	91272	Gif-sur-Yvette	91 nord
91	ESSONNE	91275	Gometz-le-Châtel	91 nord
91	ESSONNE	91286	Grigny	91 nord
91	ESSONNE	91312	Igny	91 nord
91	ESSONNE	91326	Juvisy-sur-Orge	91 nord
91	ESSONNE	91665	La Ville-du-Bois	91 nord
91	ESSONNE	91692	Les Ulis	91 nord

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
91	ESSONNE	91339	Linas	91 nord
91	ESSONNE	91345	Longjumeau	91 nord
91	ESSONNE	91347	Longpont-sur-Orge	91 nord
91	ESSONNE	91363	Marcoussis	91 nord
91	ESSONNE	91377	Massy	91 nord
91	ESSONNE	91421	Montgeron	91 nord
91	ESSONNE	91425	Montlhéry	91 nord
91	ESSONNE	91432	Morangis	91 nord
91	ESSONNE	91458	Nozay	91 nord
91	ESSONNE	91471	Orsay	91 nord
91	ESSONNE	91477	Palaiseau	91 nord
91	ESSONNE	91479	Paray-Vieille-Poste	91 nord
91	ESSONNE	91514	Quincy-sous-Sénart	91 nord
91	ESSONNE	91534	Saclay	91 nord
91	ESSONNE	91538	Saint-Aubin	91 nord
91	ESSONNE	91587	Saulx-les-Chartreux	91 nord
91	ESSONNE	91589	Savigny-sur-Orge	91 nord
91	ESSONNE	91631	Varennes-Jarcy	91 nord
91	ESSONNE	91635	Vauhallan	91 nord
91	ESSONNE	91645	Verrières-le-Buisson	91 nord
91	ESSONNE	91657	Vigneux-sur-Seine	91 nord
91	ESSONNE	91661	Villebon-sur-Yvette	91 nord
91	ESSONNE	91666	Villejust	91 nord
91	ESSONNE	91679	Villiers-le-Bâcle	91 nord
91	ESSONNE	91687	Viry-Châtillon	91 nord
91	ESSONNE	91689	Wissous	91 nord
91	ESSONNE	91691	Yerres	91 nord
91	ESSONNE	91001	Abbéville-la-Rivière	91 sud
91	ESSONNE	91016	Angerville	91 sud
91	ESSONNE	91017	Angervilliers	91 sud
91	ESSONNE	91021	Arpajon	91 sud
91	ESSONNE	91022	Arrancourt	91 sud
91	ESSONNE	91035	Authon-la-Plaine	91 sud
91	ESSONNE	91037	Auvernaux	91 sud
91	ESSONNE	91038	Auvers-Saint-Georges	91 sud
91	ESSONNE	91041	Avrainville	91 sud
91	ESSONNE	91045	Ballancourt-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91047	Baulne	91 sud
91	ESSONNE	91067	Blandy	91 sud
91	ESSONNE	91069	Boigneville	91 sud
91	ESSONNE	91075	Bois-Herpin	91 sud
91	ESSONNE	91079	Boissy-la-Rivière	91 sud
91	ESSONNE	91080	Boissy-le-Cutté	91 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
91	ESSONNE	91081	Boissy-le-Sec	91 sud
91	ESSONNE	91085	Boissy-sous-Saint-Yon	91 sud
91	ESSONNE	91086	Bondoufle	91 sud
91	ESSONNE	91093	Boullay-les-Troux	91 sud
91	ESSONNE	91095	Bouray-sur-Juine	91 sud
91	ESSONNE	91098	Boutervilliers	91 sud
91	ESSONNE	91099	Boutigny-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91100	Bouville	91 sud
91	ESSONNE	91103	Brétigny-sur-Orge	91 sud
91	ESSONNE	91105	Breuillet	91 sud
91	ESSONNE	91106	Breux-Jouy	91 sud
91	ESSONNE	91109	Brières-les-Scellés	91 sud
91	ESSONNE	91111	Briis-sous-Forges	91 sud
91	ESSONNE	91112	Brouy	91 sud
91	ESSONNE	91115	Bruyères-le-Châtel	91 sud
91	ESSONNE	91121	Buno-Bonnevaux	91 sud
91	ESSONNE	91129	Cerny	91 sud
91	ESSONNE	91130	Chalo-Saint-Mars	91 sud
91	ESSONNE	91131	Chalou-Moulineux	91 sud
91	ESSONNE	91132	Chamarande	91 sud
91	ESSONNE	91135	Champcueil	91 sud
91	ESSONNE	91137	Champmotteux	91 sud
91	ESSONNE	91145	Chatignonville	91 sud
91	ESSONNE	91148	Chauffour-lès-Étréchy	91 sud
91	ESSONNE	91156	Cheptainville	91 sud
91	ESSONNE	91159	Chevannes	91 sud
91	ESSONNE	91613	Congerville-Thionville	91 sud
91	ESSONNE	91174	Corbeil-Essonnes	91 sud
91	ESSONNE	91175	Corbreuse	91 sud
91	ESSONNE	91180	Courances	91 sud
91	ESSONNE	91184	Courdimanche-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91186	Courson-Monteloup	91 sud
91	ESSONNE	91195	Dannemois	91 sud
91	ESSONNE	91198	D'Huison-Longueville	91 sud
91	ESSONNE	91200	Dourdan	91 sud
91	ESSONNE	91204	Écharcon	91 sud
91	ESSONNE	91207	Égly	91 sud
91	ESSONNE	91223	Étampes	91 sud
91	ESSONNE	91225	Étiolles	91 sud
91	ESSONNE	91226	Étréchy	91 sud
91	ESSONNE	91228	Évry	91 sud
91	ESSONNE	91235	Fleury-Mérogis	91 sud
91	ESSONNE	91240	Fontaine-la-Rivière	91 sud

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
91	ESSONNE	91243	Fontenay-lès-Briis	91 sud
91	ESSONNE	91244	Fontenay-le-Vicomte	91 sud
91	ESSONNE	91249	Forges-les-Bains	91 sud
91	ESSONNE	91273	Gironville-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91274	Gometz-la-Ville	91 sud
91	ESSONNE	91292	Guibeville	91 sud
91	ESSONNE	91293	Guigneville-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91294	Guillerval	91 sud
91	ESSONNE	91315	Itteville	91 sud
91	ESSONNE	91318	Janville-sur-Juine	91 sud
91	ESSONNE	91319	Janvry	91 sud
91	ESSONNE	91232	La Ferté-Alais	91 sud
91	ESSONNE	91247	La Forêt-le-Roi	91 sud
91	ESSONNE	91248	La Forêt-Sainte-Croix	91 sud
91	ESSONNE	91457	La Norville	91 sud
91	ESSONNE	91330	Lardy	91 sud
91	ESSONNE	91179	Le Coudray-Montceaux	91 sud
91	ESSONNE	91494	Le Plessis-Pâté	91 sud
91	ESSONNE	91630	Le Val-Saint-Germain	91 sud
91	ESSONNE	91284	Les Granges-le-Roi	91 sud
91	ESSONNE	91411	Les Molières	91 sud
91	ESSONNE	91332	Leudeville	91 sud
91	ESSONNE	91333	Leuville-sur-Orge	91 sud
91	ESSONNE	91338	Limours	91 sud
91	ESSONNE	91340	Lisses	91 sud
91	ESSONNE	91359	Maisse	91 sud
91	ESSONNE	91374	Marolles-en-Beauce	91 sud
91	ESSONNE	91376	Marolles-en-Hurepoix	91 sud
91	ESSONNE	91378	Mauchamps	91 sud
91	ESSONNE	91386	Mennecy	91 sud
91	ESSONNE	91390	Méréville	91 sud
91	ESSONNE	91393	Mérobert	91 sud
91	ESSONNE	91399	Mespuits	91 sud
91	ESSONNE	91405	Milly-la-Forêt	91 sud
91	ESSONNE	91408	Moigny-sur-École	91 sud
91	ESSONNE	91412	Mondeville	91 sud
91	ESSONNE	91414	Monnerville	91 sud
91	ESSONNE	91433	Morigny-Champigny	91 sud
91	ESSONNE	91434	Morsang-sur-Orge	91 sud
91	ESSONNE	91435	Morsang-sur-Seine	91 sud
91	ESSONNE	91441	Nainville-les-Roches	91 sud
91	ESSONNE	91461	Ollainville	91 sud

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
91	ESSONNE	91463	Oncy-sur-École	91 sud
91	ESSONNE	91468	Ormoy	91 sud
91	ESSONNE	91469	Ormoy-la-Rivière	91 sud
91	ESSONNE	91473	Orveau	91 sud
91	ESSONNE	91482	Pecqueuse	91 sud
91	ESSONNE	91495	Plessis-Saint-Benoist	91 sud
91	ESSONNE	91507	Prunay-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91508	Puiselet-le-Marais	91 sud
91	ESSONNE	91511	Pussay	91 sud
91	ESSONNE	91519	Richarville	91 sud
91	ESSONNE	91521	Ris-Orangis	91 sud
91	ESSONNE	91525	Roinville	91 sud
91	ESSONNE	91526	Roinvilliers	91 sud
91	ESSONNE	91533	Saclas	91 sud
91	ESSONNE	91540	Saint-Chéron	91 sud
91	ESSONNE	91544	Saint-Cyr-la-Rivière	91 sud
91	ESSONNE	91546	Saint-Cyr-sous-Dourdan	91 sud
91	ESSONNE	91549	Sainte-Geneviève-des-Bois	91 sud
91	ESSONNE	91547	Saint-Escobille	91 sud
91	ESSONNE	91552	Saint-Germain-lès-Arpajon	91 sud
91	ESSONNE	91553	Saint-Germain-lès-Corbeil	91 sud
91	ESSONNE	91556	Saint-Hilaire	91 sud
91	ESSONNE	91560	Saint-Jean-de-Beauregard	91 sud
91	ESSONNE	91568	Saint-Maurice-Montcouronne	91 sud
91	ESSONNE	91570	Saint-Michel-sur-Orge	91 sud
91	ESSONNE	91573	Saint-Pierre-du-Perray	91 sud
91	ESSONNE	91577	Saintry-sur-Seine	91 sud
91	ESSONNE	91578	Saint-Sulpice-de-Favières	91 sud
91	ESSONNE	91579	Saint-Vrain	91 sud
91	ESSONNE	91581	Saint-Yon	91 sud
91	ESSONNE	91593	Sermaise	91 sud
91	ESSONNE	91599	Soisy-sur-École	91 sud
91	ESSONNE	91600	Soisy-sur-Seine	91 sud
91	ESSONNE	91602	Souzy-la-Briche	91 sud
91	ESSONNE	91617	Tigery	91 sud
91	ESSONNE	91619	Torfou	91 sud
91	ESSONNE	91629	Valpuiseaux	91 sud
91	ESSONNE	91634	Vaugrigneuse	91 sud

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
91	ESSONNE	91639	Vayres-sur-Essonne	91 sud
91	ESSONNE	91648	Vert-le-Grand	91 sud
91	ESSONNE	91649	Vert-le-Petit	91 sud
91	ESSONNE	91654	Videlles	91 sud
91	ESSONNE	91659	Villabé	91 sud
91	ESSONNE	91662	Villeconin	91 sud
91	ESSONNE	91667	Villemoisson-sur-Orge	91 sud
91	ESSONNE	91671	Villeneuve-sur-Auvers	91 sud
91	ESSONNE	91685	Villiers-sur-Orge	91 sud
95	VAL-D'OISE	95019	Arnouville	95 est
95	VAL-D'OISE	95028	Attainville	95 est
95	VAL-D'OISE	95055	Bellefontaine	95 est
95	VAL-D'OISE	95088	Bonneuil-en-France	95 est
95	VAL-D'OISE	95094	Bouqueval	95 est
95	VAL-D'OISE	95144	Châtenay-en-France	95 est
95	VAL-D'OISE	95149	Chaumontel	95 est
95	VAL-D'OISE	95154	Chennevières-lès-Louvres	95 est
95	VAL-D'OISE	95205	Écouen	95 est
95	VAL-D'OISE	95212	Épiais-lès-Louvres	95 est
95	VAL-D'OISE	95214	Épinay-Champlâtreux	95 est
95	VAL-D'OISE	95229	Ézanville	95 est
95	VAL-D'OISE	95241	Fontenay-en-Parisis	95 est
95	VAL-D'OISE	95250	Fosses	95 est
95	VAL-D'OISE	95268	Garges-lès-Gonesse	95 est
95	VAL-D'OISE	95277	Gonesse	95 est
95	VAL-D'OISE	95280	Goussainville	95 est
95	VAL-D'OISE	95316	Jagny-sous-Bois	95 est
95	VAL-D'OISE	95331	Lassy	95 est
95	VAL-D'OISE	95395	Le Mesnil-Aubry	95 est
95	VAL-D'OISE	95492	Le Plessis-Gassot	95 est
95	VAL-D'OISE	95493	Le Plessis-Luzarches	95 est
95	VAL-D'OISE	95612	Le Thillay	95 est
95	VAL-D'OISE	95351	Louvres	95 est
95	VAL-D'OISE	95352	Luzarches	95 est
95	VAL-D'OISE	95365	Mareil-en-France	95 est
95	VAL-D'OISE	95371	Marly-la-Ville	95 est
95	VAL-D'OISE	95509	Puiseux-en-France	95 est
95	VAL-D'OISE	95527	Roissy-en-France	95 est
95	VAL-D'OISE	95580	Saint-Witz	95 est
95	VAL-D'OISE	95585	Sarcelles	95 est
95	VAL-D'OISE	95604	Survilliers	95 est
95	VAL-D'OISE	95633	Vaudherland	95 est

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
95	VAL-D'OISE	95641	Vémars	95 est
95	VAL-D'OISE	95675	Villeron	95 est
95	VAL-D'OISE	95680	Villiers-le-Bel	95 est
95	VAL-D'OISE	95682	Villiers-le-Sec	95 est
95	VAL-D'OISE	95002	Ableiges	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95008	Aincourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95011	Ambleville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95012	Amenucourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95023	Arronville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95024	Arthies	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95026	Asnières-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95039	Auvers-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95040	Avernes	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95042	Baillet-en-France	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95046	Banthelu	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95052	Beaumont-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95056	Belloy-en-France	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95058	Bernes-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95059	Berville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95074	Boisemont	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95078	Boissy-l'Aillerie	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95101	Bray-et-Lû	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95102	Bréançon	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95110	Brignancourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95116	Bruyères-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95119	Buhy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95120	Butry-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95127	Cergy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95134	Champagne-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95141	Charmont	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95142	Chars	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95150	Chaussy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95157	Chérence	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95166	Cléry-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95169	Commeny	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95170	Condécourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95177	Cormeilles-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95181	Courcelles-sur-Viosne	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95183	Courdimanche	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95211	Ennery	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95213	Épiais-Rhus	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95218	Éragny	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95253	Frémainville	95 ouest

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
95	VAL-D'OISE	95254	Frémécourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95258	Frouville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95270	Genainville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95271	Génicourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95282	Gouzangrez	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95287	Grisy-les-Plâtres	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95295	Guiry-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95298	Haravilliers	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95301	Haute-Isle	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95304	Hédouville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95308	Hérouville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95309	Hodent	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95323	Jouy-le-Moutier	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95139	La Chapelle-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95523	La Roche-Guyon	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95328	Labbeville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95054	Le Bellay-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95303	Le Heaulme	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95483	Le Perchay	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95313	L'Isle-Adam	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95341	Livilliers	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95348	Longuesse	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95353	Maffliers	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95355	Magny-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95370	Marines	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95379	Maudétour-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95387	Menouville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95388	Menucourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95392	Mériel	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95394	Méry-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95422	Montgeroult	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95429	Montreuil-sur-Epte	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95430	Montsoult	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95436	Mours	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95438	Moussy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95445	Nerville-la-Forêt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95446	Nesles-la-Vallée	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95447	Neuilly-en-Vexin	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95450	Neuville-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95452	Nointel	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95456	Noisy-sur-Oise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95459	Nucourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95462	Omerville	95 ouest

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
95	VAL-D'OISE	95476	Osny	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95480	Parmain	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95487	Persan	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95488	Pierrelaye	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95500	Pontoise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95504	Presles	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95510	Puiseux-Pontoise	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95529	Ronquerolles	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95535	Sagy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95541	Saint-Clair-sur-Epte	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95543	Saint-Cyr-en-Arthies	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95554	Saint-Gervais	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95566	Saint-Martin-du-Tertre	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95572	Saint-Ouen-l'Aumône	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95584	Santeuil	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95592	Seraincourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95594	Seugy	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95610	Théméricourt	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95611	Theuville	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95625	Us	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95627	Vallangoujard	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95628	Valmondois	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95637	Vauréal	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95651	Vétheuil	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95652	Viarmes	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95656	Vienne-en-Arthies	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95658	Vigny	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95660	Villaines-sous-Bois	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95676	Villers-en-Arthies	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95678	Villiers-Adam	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95690	Wy-dit-Joli-Village	95 ouest
95	VAL-D'OISE	95014	Andilly	95 sud
95	VAL-D'OISE	95018	Argenteuil	95 sud
95	VAL-D'OISE	95051	Beauchamp	95 sud
95	VAL-D'OISE	95060	Bessancourt	95 sud
95	VAL-D'OISE	95061	Béthemont-la-Forêt	95 sud
95	VAL-D'OISE	95063	Bezons	95 sud
95	VAL-D'OISE	95091	Bouffémont	95 sud
95	VAL-D'OISE	95151	Chauvry	95 sud
95	VAL-D'OISE	95176	Cormeilles-en-Parisis	95 sud
95	VAL-D'OISE	95197	Deuil-la-Barre	95 sud
95	VAL-D'OISE	95199	Domont	95 sud
95	VAL-D'OISE	95203	Eaubonne	95 sud

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation

DÉPARTEMENT PAR NUMÉRO	DÉPARTEMENT PAR NOM	CODE INSEE	COMMUNE	DÉNOMINATION DU TERRITOIRE DE PROXIMITÉ
95	VAL-D'OISE	95210	Enghien-les-Bains	95 sud
95	VAL-D'OISE	95219	Ermont	95 sud
95	VAL-D'OISE	95252	Franconville	95 sud
95	VAL-D'OISE	95256	Frépillon	95 sud
95	VAL-D'OISE	95288	Groslay	95 sud
95	VAL-D'OISE	95306	Herblay	95 sud
95	VAL-D'OISE	95257	La Frette-sur-Seine	95 sud
95	VAL-D'OISE	95491	Le Plessis-Bouchard	95 sud
95	VAL-D'OISE	95369	Margency	95 sud
95	VAL-D'OISE	95409	Moisselles	95 sud
95	VAL-D'OISE	95424	Montigny-lès-Cormeilles	95 sud
95	VAL-D'OISE	95426	Montlignon	95 sud
95	VAL-D'OISE	95427	Montmagny	95 sud
95	VAL-D'OISE	95428	Montmorency	95 sud
95	VAL-D'OISE	95489	Piscop	95 sud
95	VAL-D'OISE	95539	Saint-Brice-sous-Forêt	95 sud
95	VAL-D'OISE	95555	Saint-Gratien	95 sud
95	VAL-D'OISE	95563	Saint-Leu-la-Forêt	95 sud
95	VAL-D'OISE	95574	Saint-Prix	95 sud
95	VAL-D'OISE	95582	Sannois	95 sud
95	VAL-D'OISE	95598	Soisy-sous-Montmorency	95 sud
95	VAL-D'OISE	95607	Taverny	95 sud

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

VOLET 2

Permanence des soins en établissements de santé

Le schéma régional de PDSES s'appuie sur un cadre juridique réformé dont la mise en œuvre a donné lieu à une réflexion approfondie avec les acteurs de la région

Un cadre juridique réformé

Le PRS 3, publié en novembre 2023, avait conduit à une prorogation du précédent schéma de permanence des soins en établissement. En effet, un certain nombre d'évolutions juridiques étant en cours, il avait semblé plus approprié de ne pas le faire évoluer avant leur publication.

Ces évolutions, apportées par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et le décret du 3 février 2025 relatif à la permanence des soins en établissement de santé, n'ont pas remis en cause la définition de la permanence des soins, mais ont fait évoluer le mode de désignation des opérateurs qui en sont chargés.

Rappel de la définition de la PDSES

La permanence des soins en établissement (PDSES) constitue la mission d'accueillir dans les établissements de santé le flux des nouveaux patients se présentant la nuit, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés. Il s'agit donc de fixer la liste des implantations et des spécialités dont les médecins seront sollicités en aval des services d'accueil des urgences et en accès direct après régulation du SAMU.

Le périmètre de la PDSES exclut un certain nombre d'activités de soins, et notamment l'activité de greffe et l'activité de soins médicaux et de réadaptation.

Dans les établissements porteurs de la mission de PDSES, les praticiens bénéficient d'une majoration de leur rémunération. L'Agence régionale de santé peut accompagner financièrement cette sur- rémunération via son fonds d'intervention régional.

Par ailleurs, il ne peut être facturé de dépassement d'honoraire ou de tarifs dans les établissements porteurs de la PDSES (Art L 6112-5 du Code de la santé publique).

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Les évolutions récentes

- **L'affirmation de la responsabilité collective des établissements**

Alors que la charge de la PDSES reposait auparavant sur certains établissements de santé désignés par le Directeur général de l'ARS, l'article L61111-1-3 du Code de la santé publique[112] affirme désormais que « les établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins ».

Il convient donc que – dans le périmètre et le respect du PRS – tous les établissements de santé contribuent à cette mission, soit seuls, soit en partenariat avec un ou plusieurs autres établissements. L'objectif de ce partage de la permanence des soins est de tenir compte de la lourdeur et de la pénibilité de cette sujétion, dans un contexte de tension en ressources humaines. En effet, plus la contrainte sera portée collectivement, plus elle sera supportable individuellement par les professionnels[113].

- **Une procédure de carence pouvant donner lieu à des retraits d'autorisation d'activité de soins**

L'application de l'article L61111-1-3 du Code de la santé publique conduit également à ce que, en cas de carence dans le fonctionnement de la permanence des soins, le directeur général de l'Agence régionale de santé réunit tous les titulaires d'une autorisation de ladite activité dans le territoire concerné, et peut désigner les établissements chargés de porter l'activité[114]. À défaut de participation effective à la PDSES suite à un constat de carence de la PDSES et à la désignation par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, l'établissement peut se voir retirer son autorisation d'activité.

- **Une procédure réformée pour l'attribution des crédits PDSES**

L'attribution des crédits se fait selon des modalités distinctes : soit l'accueil permanent des patients est requis dans les conditions d'implantation de l'autorisation d'activité (celle-ci est alors qualifiée d'activité à PDSES réglementée), soit l'accueil permanent n'est pas prévu dans les conditions d'implantation (celle-ci est alors qualifiée d'activité à PDSES non réglementée).

112 Rédaction issue de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

113 Cf Rapport IGAS juin 2023 « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter : Répartition, soutenabilité et reconnaissance »

114 Décret 2025-101, fixant le contenu des articles R 61111-46 et R 61111-47 du Code de la santé publique.

Dans le premier cas, le financement est accordé sur décision du Directeur général de l'Agence régionale de santé, dans le second, le financement est accordé après un appel à candidature.

Une exception existe cependant : pour les spécialités non réglementées, s'il n'existe qu'une unique structure dans une zone de santé dotée des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds lui permettant d'assurer la mission de permanence des soins pour une spécialité, le Directeur général de l'Agence régionale de santé peut, après avoir consulté cette structure, lui attribuer les implantations associées sans avoir à procéder à un appel à candidatures.

Un schéma discuté avec les acteurs de l'offre de soins franciliens

Au-delà des textes légaux et réglementaires propres à la PDSES, ce schéma se fonde sur les autorisations d'activité des soins détenues par les différents établissements.

L'élaboration du schéma s'est aussi fondée sur l'analyse de plusieurs sources d'information : l'analyse de données PMSI (activité des urgences, activité d'hospitalisation, déclaration d'actes CCAM) et l'analyse de l'enquête nationale DGOS décomptant l'activité médicale et les effectifs en période de PDSES du 13 mars au 7 avril 2024, en particulier.

Les travaux ont également été alimentés par une démarche de benchmark inter-Agences régionales de santé, qui ont notamment porté sur deux points : d'une part le montant d'indemnisation des différentes organisations proposées, et d'autre part la liste des spécialités du schéma.

À partir de ces données, un certain nombre de grands principes régionaux ont été formalisés, et différents scénarios élaborés. Ces éléments ont été soumis à un comité de pilotage constitué des représentants des quatre fédérations d'établissements de santé, de l'URPS médecins, des représentants des usagers, et du SAMU.

Par la suite, ces principes et le projet de répartition des implantations par spécialité et par département ont été présentés aux établissements de santé (chacun étant représenté par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement) lors de réunions de concertation territoriale de janvier à mars 2025 (deux réunions par département) afin d'affiner les propositions et d'ajuster au mieux l'offre aux besoins et aux ressources humaines de chaque département.

Ces réunions ont donné lieu à l'élaboration d'un document modifié, soumis au comité de pilotage de la PDSES.

Les principes d'élaboration du schéma de permanence des soins en établissement de santé

Un schéma fondé sur les autorisations d'activité de soins délivrées

L'un des principes de construction du schéma de permanence des soins en Île-de- France est que l'Agence Régionale de Santé Île-de-France accompagnera toutes les lignes de PDSES réglementées.

Rappel des activités dont la permanence des soins en établissement est réglementée

- **Soins critiques Modalités Adulte**
  - Réanimation et Unités de soins intensifs polyvalents contiguës
  - Autres unités de soins intensifs de spécialité (hors USIC USINV et USIH)
  - Unités de soins intensifs de cardiologie
  - Unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires
  - Unités de soins intensifs de neurologie vasculaire
  - Unités de soins intensifs d'hématologie
- **Soins critiques Modalités pédiatrique**
  - Réanimation et Unités de soins intensifs polyvalents contiguës
  - Autres unités de soins intensifs de spécialité (hors USIH)
  - Unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires
  - Unités de soins intensifs d'hématologie
- **Périnatalité**
  - Gynécologie-obstétrique
  - Anesthésie-réanimation
  - Pédiatrie

- **Neurochirurgie**
  - Neurochirurgie
  - Anesthésie-réanimation
- **Grand Brûlés**
  - Anesthésie-réanimation
  - Médecin du service des grands brûlés
- **Neuro-radiologie interventionnelle**
  - NRI
  - Anesthésie-réanimation
- **Chirurgie cardiaque**
  - Chirurgie cardiaque
  - Anesthésie-réanimation
- **Cardiologie interventionnelle**
  - Cardiologie interventionnelle prise en charge des pathologies ischémiques
- **Radiologie interventionnelle Mention D** (actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques).

Un schéma territorialisé

Parmi les spécialités retenues en Île-de-France pour contribuer à la PDSES « non réglementée », trois catégories de spécialité ont été identifiées en fonction de la fréquence des sollicitations, de la technicité médicale requise et de l'ampleur du plateau technique requis :

- des spécialités de proximité, pour lesquelles il convient de disposer de plusieurs implantations géographiques par département, avec un maillage permettant un accès fluide depuis les différentes communes du département ;
- des spécialités dites « territoriales », pour lesquelles il convient de disposer d'au-moins une ligne par département ;
- des spécialités dites « régionales », pour lesquelles, il convient de disposer d'au moins une ligne pour la région.

Répartition des spécialités non réglementées

Spécialités de proximité	Spécialités territoriales	Spécialités régionales
Imagerie Biologie Chirurgie viscérale Chirurgie orthopédique Urologie	Ophtalmologie Oto-rhino-laryngologie Chirurgie vasculaire	Endoscopies digestives Chirurgie maxillo-faciale Chirurgie de la main Chirurgie thoracique Odontologie Chirurgie pédiatrique Infectiologie

Un schéma accompagné financièrement via le fonds d'intervention régional

Un des principes du schéma régional de la PDSES en Île-de-France consiste dans le fait que l'accompagnement de l'Agence régionale de santé sera proportionné au nombre de lignes de gardes et d'astreinte déployées au sein de chaque établissement en application du schéma régional.

Une valorisation unitaire de chaque maquette d'organisation (garde, astreinte, ou autre) est fixée en fonction du statut de l'établissement (public, ESPIC ou privé à but commercial).

Les ressources dédiées à la mission de permanence des soins constituant le premier poste de dépenses financées via le fonds d'intervention régional[115] le schéma de PDSES en Île-de- France a été conçu en considérant que l'enveloppe budgétaire dédiée à la PDSES était fermée.

Un schéma supervisé et évalué

L'article R6111-41 du Code de la santé publique prévoit que le volet PDSES peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie.

Afin d'avoir une juste appréhension de ces évolutions, et dans un souci de bon usage des deniers publics, il est demandé aux établissements de fournir en routine des données relatives au fonctionnement des lignes accompagnées, via un enregistrement régulier de l'activité de permanence des soins

115 Cf. Rapport IGAS juin 2023 « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter : Répartition, soutenabilité et reconnaissance »

dans leur système d'information. Un suivi du fonctionnement sera également demandé au SAMU, notamment un suivi des demandes de transferts et des échecs de transfert ainsi qu'un suivi des refus via le ROR[116]. Ces données serviront à l'animation territoriale portée par les délégations territoriales et seront annuellement présentées en Commission spécialisée de l'organisation des soins.

Spécialités accompagnées

PDSES réglementée

Périnatalité

Le schéma est construit de la manière suivante. Le nombre de naissances pris en compte pour élaborer le schéma est le nombre moyen de naissances entre 2022 et 2023.

Type de maternité	Nombre de naissances	Gynécologue-obstétricien	Anesthésiste	Pédiatre
1	Moins de 1500	Astreinte	Astreinte partagé sur le site géographique	Astreinte
1	Plus de 1500 et inférieur 2000	Garde	Garde partagée sur le site géopgrahique	Astreinte
1	Plus de 2000	Garde	Garde dédiée à l'unité d'obstétrique	Astreinte
2A	Moins de 1500	Astreinte	Astreinte partagé sur le site géographique	Astreinte
2A	Plus de 1500 et inférieur à 2000	Garde	Garde partagée sur le site géopgrahique	Astreinte
2A	Plus de 2000	Garde	Garde dédiée à l'unité d'obstétrique	Astreinte
2B	Plus de 2000 naissances	Garde	Garde dédiée à l'unité d'obstétrique	Garde
3	Au-delà de 4000 naissances	Garde et astreinte	Garde dédiée à l'unité d'obstétrique	Garde et astreinte
3	Au-delà de 5 000 naissances	2 gardes et 1 astreinte	Garde dédiée à l'unité d'obstétrique	Garde et astreinte

116 Répertoire Opérationnel des Ressources

Département	Garde	Astreinte	Total général
Anesthésie-réanimation	**49**	**28**	**77**
75	13	2	15
77	4	4	8
78	5	5	10
91	2	6	8
92	7	4	11
93	7	2	9
94	6	2	8
95	5	3	8
Gynécologie-obstétrique	**49**	**36**	**85**
75	14	3	17
77	4	4	8
78	4	7	11
91	2	7	9
92	8	4	12
93	6	4	10
94	6	3	9
95	5	4	9
Pédiatrie	**37**	**47**	**84**
75	7	9	16
77	5	3	8
78	4	7	11
91	3	6	9
92	5	7	12
93	6	4	10
94	3	6	9
95	4	5	9
Total	**135**	**111**	**246**

Rappel : Toute patiente qui se présente en établissement de santé la nuit ou le weekend de façon non programmée est considérée comme une nouvelle patiente, y compris les patientes déjà connues de l'établissement

dans le cadre du suivi de grossesse.

Dans les établissements ex-OQN, ces patientes sont parfois liées par un contrat de prestation prévoyant la facturation de dépassements d'honoraires. Or, les dépassements d'honoraires et de tarifs ne sont pas compatibles avec la perception de financements supplémentaires dans le cadre de la PDSES. Aussi, les établissements ex-OQN souhaitant intervenir dans le cadre de la PDSES doivent s'engager à ne pas facturer de dépassements aux parturientes.

Soins critiques

Modalités adultes

Pour chaque site autorisé en **réanimation**, le schéma finance :

- une garde toutes les nuits, samedis après-midi, dimanches et fériés toute la journée ;
- pour les établissements hors CHU : Une seconde garde les samedis après-midi, dimanches et fériés toute la journée.

Une ligne de garde supplémentaire a été ajoutée à chaque fois qu'un site dépassait 20 lits reconnus en réanimation adulte dans le CPOM.

Département	Garde Diurne WE JF	Garde	Total général
Réa et USIP contigües	**54**	**97**	**151**
75	6	30	36
77	7	8	15
78	8	8	16
91	8	9	17
92	8	16	24
93	8	9	17
94	5	13	18
95	4	4	8
USIP Non contigües		**1**	**1**
93		1	1

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

	Garde	Astreinte	Total général
USI de spécialité	**13**	**10**	**23**
USI Dermatologie	**1**		**1**
94	1		1
USI Hépato-Gastro-Entérologie	**2**		**2**
75	2		2
USI Néphrologie	**5**	**2**	**7**
75	3		3
77		1	1
92		1	1
94	2		2
USI Nutrition	**2**	**1**	**3**
92	1		1
94	1	1	2
USI Respiratoire	**3**	**4**	**7**
75	2	1	3
92		2	2
94	1		1
95		1	1
USI Maladie Infectieuses et Tropicales		**1**	**1**
75		1	1
USI Urgences vasculaires intestinales	**1**		**1**
92	1		1
USI Neurochirurgie	**1**		**1**
75	1		

Permanence des soins en établissements de santé

Pour les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires adultes (**USIP dérogatoires adultes**), le schéma finance une garde et/ou astreinte de manière à ce que soit garantie d'une part, la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques; et d'autre part une astreinte opérationnelle par un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation.

Département	Garde	Astreinte	Total général
USIP dérogatoire	14	7	21
75	2	2	4
77	3	1	4
78	0	0	0
91	4	2	6
92	2		2
93	1		1
94	1	2	3
95	1		1
Total	14	7	21

Pour chaque unité de soins intensifs de cardiologie (**USIC**) adulte, le schéma finance une garde.

Département	Garde	Total général
USIC		
75	11	11
77	3	3
78	6	6
91	4	4
92	7	7
93	8	8
94	5	5
95	4	4
Total	48	48

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

Pour chaque unité de soins intensifs neuro-vasculaire adulte (**USINV**), le schéma finance une garde.

Département	Garde	Total général
USINV	20	20
75	6	6
77	1	1
78	3	3
91	2	2
92	2	2
93	2	2
94	2	2
95	2	2
Total	20	20

Pour les unités de soins intensifs d'hématologie (**USIH**)

- Pour chaque établissement pratiquant des allogreffes ou greffes de Car-T cells, le schéma finance une garde par USIH ;
- Pour chaque établissement n'ayant pas développé ce type de pratiques, le schéma finance une astreinte par USIH.

Département	Garde	Astreinte	Total général
USIH			
75	6		
77		1	1
78	1		1
91		1	1
92	1		1
93	1		1
94	2		2
95		2	2
Total	11	4	15

Modalités pédiatriques

- **Établissements autorisés en réanimation pédiatrique**

Une ligne de garde est financée par unité de réanimation pédiatrique. Pour les unités de soins intensifs de spécialité hors USIH pédiatrique et USIC pédiatrique, une astreinte est financée. Une USIC pédiatrique est financée en garde.

Permanence des soins en établissements de santé

Département	Garde	Astreinte	Total général
75	7	15	22
réanimation pédiatrique	6		6
soins intensifs spécialisés pédiatriques	1	15	16
Soins Intensifs cardiaque	1		1
USI cardiologie		1	1
USI Hépato-Gastro-entérologie		4	4
USI Mucovicidose		1	1
USI Néphrologie		3	3
USI Neurologie		2	2
USI Pneumologie		2	2
USI Poly-chirurgie		1	1
USI PolyMed		1	1
92	2		2
réanimation pédiatrique	2		2
94	1		1
réanimation pédiatrique	1		1
Total général	10	15	25

- **Établissements autorisés en soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatrique**

Pour chaque unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques, le schéma finance une astreinte.

Département	Astreinte	Total général
USIP dérogatoire		
75	1	1
77	3	3
78	3	3
91	2	2
92	2	2
93	4	4
94	3	3
95	3	3
Total	21	21

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

- **Établissements autorisés en soins intensifs d'hématologie pédiatrique**

Pour les USIH pédiatriques, sont financés soit une garde, soit une astreinte soit une garde et une astreinte.

Département	Garde	Astreinte	Total général
USI hématologie pédiatrique			
75	2	3	5
77			
78			
91			
92			
93			
94		1	1
95			
Total	2	4	6

Traitement des grands brûlés

Pour chaque site autorisé, le schéma prévoit le financement d'une garde d'anesthésiste réanimateur et le financement d'une astreinte de médecin ou de chirurgien du service des grands brûlés.

Département	Garde	Astreinte	Total général
Traitement des grands brûlés			
75	2	2	4
77			
78			
91			
92	1	1	2
93			
94			
95			
Total	3	3	6

Permanence des soins en établissements de santé

Chirurgie cardiaque

Pour chaque site autorisé, le schéma prévoit le financement d'une astreinte d'anesthésiste réanimateur et le financement d'une astreinte de chirurgien cardiaque.

Département	Astreinte	Total général
Chirurgie cardiaque		
75	**10**	**10**
Anesthésie-réanimation	5	5
Chirurgie cardiaque	5	5
77		
Anesthésie-réanimation	0	0
Chirurgie cardiaque	0	0
78	**2**	**2**
Anesthésie-réanimation	1	1
Chirurgie cardiaque	1	1
91	**2**	**2**
Anesthésie-réanimation	1	1
Chirurgie cardiaque	1	1
92	**6**	**6**
Anesthésie-réanimation	3	3
Chirurgie cardiaque	3	3
93	**2**	**2**
Anesthésie-réanimation	1	1
Chirurgie cardiaque	1	1
94	**2**	**2**
Anesthésie-réanimation	1	1
Chirurgie cardiaque	1	1
95		
Anesthésie-réanimation	0	0
Chirurgie cardiaque	0	0
Total	**24**	**24**

Cardiologie interventionnelle – modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Pour chaque site autorisé, le schéma prévoit le financement d'une astreinte.

Département	Astreinte	Total général
Cardiologie interventionnelle		
75	9	9
77	2	2
78	4	4
91	3	3
92	6	6
93	6	6
94	2	2
95	4	4
Total général	**36**	**36**

Neurochirurgie-neuro-radiologie interventionnelle

Pour chaque site autorisé en **neurochirurgie**, le schéma prévoit le financement d'une astreinte de neurochirurgie, et d'une astreinte d'anesthésie par implantation géographique de neurochirurgie.

Une garde est prévue pour la neurochirurgie pédiatrique.

	Astreinte	Garde	Total général
Neurochirurgie			
Anesthésie-réanimation	9	1	10
Neurochirurgie	9	1	10
Total général	**18**	**2**	**20**

Pour chaque site autorisé en neuro-radiologie interventionnelle, le schéma prévoit le financement d'une astreinte de neuro-radiologue interventionnel et une astreinte d'anesthésiste. Pour les établissements porteurs d'une mention de neuro-radiologie interventionnelle adulte, l'organisation est complétée par une astreinte de neuro-radiologue.

	Astreinte	Total général
Neuroradiologie interventionnelle		
Anesthésie-réanimation	14	14
NRI pour thrombectomies	16	16
Total général	**30**	**30**

De surcroît, sont financées à l'échelle régionale :

- pour la neurochirurgie adulte : une garde régionale partagée entre six établissements ;
- deux gardes partagées de neuro-radiologue interventionnel ;
- deux gardes d'anesthésiste partagées ;
- une garde de radiologue dédiée au neuro-diagnostic. Le schéma finance une garde partagée de neuro-radiologie diagnostique.

Radiologie interventionnelle visant la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne

La réglementation (article R 6123-172 du Code de la santé publique) prévoit que le titulairede l'autorisation de radiologie interventionnelle au titre de la mention D assure en permanence, en lien avec SAMU, le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité. Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés, selon les modalités d'organisation de l'accès aux soins définies dans le schéma régional de santé.

Le PRS prévoit la création de 2 à 16 implantations.

Pour chaque établissement détenteur d'une autorisation de radiologie interventionnelle de mention D, le schéma de PDSES prévoit le financement d'une astreinte à hauteur de sa participation à la PDSES régionale.

Aussi, pour l'ensemble de la région, 8 astreintes sont financées. Elles seront réparties entre les différents détenteurs d'autorisation, soit individuellement, soit partagées entre plusieurs sites.

PDSES non réglementée

Anesthésie non réglementée

Le nombre de lignes de garde d'anesthésie adulte n'est pas détaillé dans le présent schéma. Cette discipline est prise en considération au travers des différentes spécialités de chirurgie. Le financement de chaque ligne de chirurgie sera majoré de la moitié de sa valeur afin de prendre en considération le coût de l'anesthésie. Ainsi, une ligne de garde de chirurgie donnera lieu au financement d'une ligne de garde et demi : une ligne pour le chirurgien, et une demi-ligne pour l'anesthésiste. Le parti pris de ce mode de financement est d'inciter à disposer de plusieurs chirurgiens sur le même site géographique, de manière à optimiser le nombre de blocs opératoires. En effet, l'ouverture d'un bloc opératoire génère des besoins importants en ressources humaines (infimiers.e.s de blocs opératoires, infirmie.e.res spécialisés en anesthésie, par exemple) et en ressources matérielles (matériel de stérilisation, nettoyage) qu'il convient de concentrer autant que possible.

Spécialités de proximité

Imagerie

Le schéma prévoit de financer 33 gardes et 34 astreintes dont des gardes systématiques pour les Trauma Center.

Département	Garde	Astreinte	Total général
75	7	8	15
77	3	6	9
78	2	4	6
91	2	3	5
92	6	3	9
93	4	6	10
94	5	1	6
95	4	3	7
Total général	**33**	**34**	**67**

Biologie

Le schéma prévoit le financement de 49 astreintes de sécurité, 4 astreintes de recours et 12 gardes de recours, dédiées à des établissements à but non lucratif.

Département	Astreinte de sécurité	Astreinte	Garde	Total général
75	4		8	12
77	8			8
78	5			5
91	8			8
92	7		2	9
93	6			6
94	5		2	7
95	6			6
Région		4		4
Total général	**49**	**4**	**12**	**65**

Chirurgie digestive

Le schéma prévoit 29 gardes et 29 astreintes.

Département	Garde	Astreinte	Total général
75	5	4	9
77	3	3	6
78	2	4	6
91	2	3	5
92	6	3	9
93	3	7	10
94	4	3	7
95	4	2	6
Total général	**29**	**29**	**58**

Permanence des soins en établissements de santé

Chirurgie orthopédique

Le schéma prévoit de financer 11 gardes, 4 demi-gardes suivies d'une demi-astreinte, 12 demi-gardes et 33 demi-astreintes dont des gardes ou des demi-gardes suivies d'une demi-astreinte systématiques pour les Trauma center de niveau 1 et de niveau 2 (en l'absence deniveau 1 sur le département).

Département	Garde	Demi-garde suivie d'une demi-astreinte	Demi-garde	Demi-astreinte	Total général
75	2	0	3	3	8
77	2	0	0	5	7
78	0	2	0	6	8
91	1	0	1	5	7
92	2	0	3	1	6
93	1	0	2	7	10
94	2	0	2	4	8
95	1	2	1	2	6
Total général	**11**	**4**	**12**	**33**	**60**

Urologie

Le schéma prévoit de financer 22 lignes selon la maquette suivante : ligne d'astreinte de nuit complète accompagnée d'une garde diurne le week-end et les jours fériés.

Département	Astreinte nuit + garde diurne WE/JF
75	6
77	2
78	2
91	2
92	3
93	2
94	2
95	3
Total général	**22**

Spécialités territoriales

Ophtalmologie

Le schéma prévoit de financer 2 gardes de recours et 9 astreintes.

Département	Garde	Astreinte	Total général
75	2	2	4
77		1	1
78		1	1
91		1	1
92		1	1
93		1	1
94		1	1
95		1	1
Total général	**2**	**9**	**11**

Oto-rhino-laryngologie

Le schéma prévoit de financer 2 gardes et 8 astreintes.

Département	Garde	Astreinte	Total général
75	2	1	3
77		1	1
78		1	1
91		1	1
92		1	1
93		1	1
94		1	1
95		1	1
Total général	**2**	**8**	**9**

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Chirurgie vasculaire

Le schéma prévoit de financer 15 astreintes conditionnées au conventionnement/ partenariat formalisé avec un Trauma center.

Département	Astreinte	Total général
Région	15	15
Total général	**15**	**15**

Spécialités régionales

Endoscopies digestives

Le schéma prévoit de financer 2 gardes de recours et 6 astreintes.

Département	Garde	Astreinte	Total général
Région	2	6	8
Total général	**2**	**6**	**8**

Chirurgie maxillo-faciale

Le schéma prévoit de financer 3 astreintes de recours régional.

Chirurgie de la main

Le schéma prévoit de financer de 6 astreintes de recours régional.

Chirurgie thoracique

Le schéma prévoit de financer 7 astreintes de recours régional.

Odontologie

Le schéma prévoit de financer une garde de recours régional.

Chirurgie pédiatrique

Le schéma prévoit de financer 9 gardes et 2 astreintes de recours régional.

Département	Garde	Astreinte	Total général
Région	9	2	11
Total général	**9**	**2**	**11**

Infectiologie

Le schéma prévoit de financer une astreinte de recours régionale.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

VOLET 3

Laboratoires de biologie médicale

Le schéma régional de santé (SRS), dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9 du Code de la santé publique (CSP), définit les besoins de la population en examens de biologie médicale mentionnés à l'article L. 6222-2 du CSP.

À cette fin, les éléments permettant d'établir, dans le SRS, les règles d'organisation, de fonctionnement et d'implantation territoriale applicables aux laboratoires de biologie médicale (LBM) sont exposés ci-après.

Le secteur de la biologie médicale en Île-de-France : constats et enjeux

Panorama de la biologie médicale en Île-de-France et caractéristiques de l'offre

Au 1er septembre 2022, il existe 116 LBM en Île-de-France, dont :

- 50 structures publiques, représentées par les laboratoires hospitaliers parmi lesquels les 12 LBM gérés par l'AP-HP, les hôpitaux d'instruction des armées, les LBM exploités par des GCS de droit public ainsi que les deux LBM de l'EFS ;
- 49 relevant du secteur privé à but lucratif, exclusivement exploités sous forme de sociétés d'exercice libéral ;
- et 17 exploités par des structures privées à but non lucratif, prenant la forme d'une fondation ou association, d'un CLCC ou d'un GCS de droit privé.

L'implantation des 895 sites de LBM sur le territoire francilien révèle un maillage particulièrement dense à Paris, avec 203 sites. La densité moyenne régionale de sites de LBM s'élève à 7,2 sites pour 100 000 habitants, ce qui correspond à la moyenne nationale qui est de 7,3 sites (source : SI BIO2).

Il est relevé que les sites de LBM sont exploités à 85 % par des LBM privés à but lucratif, tandis que les sites des LBM publics représentent 11 % du total et ceux exploités par les LBM privés à but non lucratif 4 %.

Fin 2022, les réseaux (ou GIE) de LBM privés lucratifs présents en Île-de-France sont : Biogroup, Cerba HealthCare, Eurofins, Inovie, MLab, OuiLab, Synlab et Unilabs.

Pour l'année 2021, l'ensemble des LBM franciliens ont déclaré un volume total de plus de 284 millions d'examens prélevés de biologie médicale.

On constate que la part de l'activité réalisée par le secteur privé lucratif est de 64 %, *versus* 32 % par le secteur public et 4 % par le secteur privé non lucratif.

Concentration du secteur et nécessaire maîtrise des risques de santé publique

L'évolution de la biologie médicale est caractérisée par une dynamique de regroupements et une industrialisation en raison de la concentration et de l'automatisation accrue des examens. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a pas freiné ce phénomène de concentration. Dans ce contexte, il s'agit désormais de poursuivre le renforcement des organisations et d'éviter une perte de service médical rendu, se traduisant par des sites fermés l'après-midi, des biologistes médicaux inaccessibles ou encore des patients ne pouvant plus se faire prélever à domicile.

Enfin, la désaffection de la profession conjuguée à l'évolution défavorable de la démographie des biologistes médicaux se traduit par un vieillissement de la profession. Ainsi, chez les pharmaciens biologistes, on observe un solde négatif de 100 pharmaciens biologistes par an depuis 2010, au niveau national.

Pour juguler en partie ce déséquilibre, 42 postes, au titre de l'année universitaire 2023-2024, sont offerts au concours national d'internat pour les pharmaciens en biologie médicale, sur un total national de 228 postes.

Il est par ailleurs souligné que le taux moyen de vacance de postes non pourvus par un titulaire était de 22,4 % en janvier 2022, avec un taux de vacance statutaire temps plein de 20,4 % (versus 16,2 % au niveau national), et un taux de vacance statutaire temps partiel de 50 % (versus 41,3 % au niveau national (source : ONDPS).

La délimitation du zonage en biologie médicale

Les zones donnant lieu à l'application, aux laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, des sept règles de territorialité inscrites au CSP[1] ont été définies par arrêté du directeur général de l'ARS d'Île-de-France n° 17-925 du 21 juin 2017. Il s'agit des huit départements de la région.

La détermination de l'aire géographique de la zone doit garantir, en vertu de l'article R. 1434-31 du CSP, l'accessibilité géographique des patients aux laboratoires de biologie médicale, la communication appropriée du compte rendu des examens au prescripteur et au patient, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient et en urgence pour toutes les situations qui le nécessitent, ainsi que l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3 du CSP.

À l'instar des précédents projets régionaux de santé (PRS), il a été décidé, selon une position consensuelle, de maintenir le département comme périmètre géographique de la zone afin de répondre aux conditions précitées.

La définition des besoins en biologie médicale

Tel qu'énoncé dans l'article L. 1434-3 du CSP, le projet régional de santé doit définir les besoins de la population en examens de biologie médicale mentionnés à l'article L. 6222-2 du CSP.

Dès lors, il apparaît nécessaire de proposer une méthode de définition des besoins en examens de biologie médicale permettant de s'appuyer sur les dispositions existantes ayant pour objet de garantir le maintien d'une offre de biologie médicale en adéquation avec le besoin pré-identifié.

Cet objectif de santé publique est à apprécier dans un contexte où, dorénavant, tout laboratoire de biologie médicale considéré comme accrédité au sens des dispositions de l'article L. 6221-1 du CSP peut ouvrir de nouveaux sites dans le respect des règles prudentielles. Le Directeur général de l'ARS a la faculté de s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site de LBM si l'offre des examens excède le seuil d'intervention de l'ARS (besoins + 25 %) dans la zone concernée.

Aussi, en application des dispositions prévues au L. 6222-2 du CSP, toute nouvelle implantation de site de LBM devra répondre aux besoins de la population définis ci-après.

1 Cf. articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 du CSP.

Il est précisé que les besoins ont été calculés à partir de la densité de l'ensemble des sites de LBM pour 100 000 habitants.

Tableau 1. Définition des besoins en biologie médicale par département

Départements	91	92	75	77	93	94	95	78	Total / moyenne
Nombre de sites de LBM au 01/09/2022	91	123	203	80	98	112	80	108	895
Population municipale Insee 2020	1 306 118	1 626 213	2 145 906	1 428 636	1 655 422	1 407 972	1 251 804	1 449 723	12 271 794
Nombre de sites pour 100 000 habitants	7	7,6	9,5	5,6	5,9	8	6,4	7,4	7,2
Besoins de la population à l'échelon national*	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
Besoins de la population + 25 %	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1

* Les besoins de la population au niveau national correspondent au nombre de sites de LBM en France pour 100 000 habitants (source : SI BIO2 au 13/09/2022).

Il en ressort que le Directeur général de l'ARS a la faculté de s'opposer à l'ouverture d'un nouveau site de LBM dans la zone de Paris, conformément aux dispositions de l'article L. 6222-2 du CSP.

Les critères d'opposition, non cumulatifs, s'appliquent aux demandes d'ouverture d'un site pré et post-analytique dans la zone de Paris et sont définis comme suit :

- si le site à ouvrir est éloigné de plus de 30 minutes du site plateau technique, par trajet routier ;
- si le site à ouvrir se situe à proximité d'un site ouvert au public, cette distance étant évaluée à 2 kilomètres (30 minutes à pied) ;
- si le LBM demandeur ne réalise pas les examens réputés urgents tels que définis par la Haute Autorité de santé et les sociétés savantes (notamment SFBC, GFHT, SFM et SFH).

En revanche, le Directeur général de l'ARS ne s'oppose pas aux transferts de sites dans la zone de Paris (fermeture/ouverture de site) dans un cas de force majeure, comme celui de la résiliation du bail commercial des locaux par le bailleur.

Objectifs qualitatifs en biologie médicale et recommandations

Afin de proposer des axes d'amélioration, s'agissant de l'adéquation entre l'offre et la demande, une analyse des données d'activités de l'année 2021, déclarées par les laboratoires de biologie médicale, et de l'implantation de leurs sites sur l'ensemble du territoire a pu être réalisée.

À cette fin, plusieurs recommandations sont exprimées ci-après.

Le renforcement de la médicalisation de la profession par le dialogue clinico-biologique et la pertinence des actes

La mise en œuvre du dialogue clinico-biologique doit permettre, le cas échéant, de supprimer les examens inutiles ou redondants ou obsolètes, ou d'ajouter s'il y a lieu des examens, garantissant ainsi une prescription pertinente appropriée au contexte clinique.

Une attention particulière doit être portée à la prise en charge du patient au vu de ses résultats d'examens interprétés et expliqués en tant que de besoin. On peut citer l'exemple du diagnostic biologique des infections aux VIH sans ordonnance étendu aux autres IST, ou encore une aide à l'orientation du patient vers un établissement de santé lorsque son état de santé le nécessite.

À cette fin, le biologiste médical doit être en mesure de recevoir les patients en toute confidentialité, notamment pour leur annoncer un diagnostic biologique et organiser avec eux la prise d'un premier rendez-vous auprès d'un médecin référent.

Les **locaux du site** du laboratoire doivent être **adaptés** à l'activité, notamment pré et post-analytique, ainsi qu'aux **missions de santé publique** dévolues au biologiste médical.

Sans préjudice de l'ensemble des missions devant être assurées par les biologistes médicaux, il est attendu qu'ils apportent leur concours aux **nouvelles missions de santé publique**, notamment les prélèvements cervico-utérins par les pharmaciens biologistes en vue de réaliser la cytologie sur frottis par le médecin anatomo-cytopathologiste si la PCR HPV est positive (cf. loi Rist), la vaccination, la réalisation des antibiogrammes ciblés conformément aux recommandations de la HAS et le calcul du score de risque rénal pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies rénales chroniques.

◄ Page précédente Sommaire Page suivante ►

La préservation de la qualité et de la sécurité des soins

- **Les délais**

Le temps d'acheminement des prélèvements du site pré et post-analytiquevers le site analytique doit être maîtrisé et ne pas compromettre **l'exigence du délai de rendu des résultats dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.**

Aussi importe-t-il que le laboratoire s'organise de telle façon qu'il réponde aux demandes non programmées et urgentes d'examens de biologie médicale.

- **L'amplitude d'ouverture en dehors de la permanence des soins**

La prise en charge des examens urgents s'appuie sur les recommandations émises par la HAS et les sociétés savantes, notamment les recommandations de la SFBC de 2016 et 2018 sur la biologie d'urgence.

Afin de renforcer le maillage des sites de LBM équipés d'analyseurs, il est proposé, sur la base du volontariat et sur le fondement des missions de santé publique et de la participation des LBM à la permanence de l'offre de biologie médicale, d'**établir une cartographie des sites de LBM en mesure de réaliser les examens courants réputés urgents et ouverts jusqu'à 19 h à tout public**. Leur liste pourrait être communiquée à l'ensemble des prescripteurs ainsi qu'au public via le site internet de l'ARS.

- **La permanence des soins**

Les LBM participent aux missions de santé publique et à la permanence de l'offre de biologie médicale dans le cadre de la **permanence des soins** (PDS) sur leur zone d'implantation, en application de l'article L. 6212-3 du CSP.

Par conséquent, il appartient aux biologistes médicaux de réaliser, au sein de leur laboratoire, les examens courants réputés urgents tels que définis par l'arrêté du 15 décembre 2016 déterminant la liste des examens réputés urgents, ainsi que les conditions de réalisation et de rendu des résultats de ces examens.

Par ailleurs, la norme NF EN ISO 15189:2022 rappelle, au point 7.2.6.1 f), que tout LBM doit disposer d'une procédure de réception des échantillons contenant des instructions sur les échantillons spécifiquement identifiés comme urgents.

- **La biologie médicale délocalisée**

L'extension de la biologie médicale délocalisée[2] dans le secteur ambulatoire amène à encadrer son développement au regard de la pertinence des actes et d'une garantie de biologie médicale de qualité. À cet effet, les examens de biologie médicale délocalisée demeurent sous la supervision du biologiste médical qui conserve la responsabilité de la bonne exécution des examens et de la validation des résultats obtenus.

2 La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a modifié l'article L. 6211-183 du CSP relatif à la biologie délocalisée en permettant sa réalisation dans des lieux hors établissements de santé. La liste des examens concernés ainsi que les conditions à respecter pour la réalisation de ces examens seront précisées par arrêté, et il incombera aux ARS de fixer la liste des lieux répondant aux conditions définies.

◀ Page précédente Sommaire Page suivante ▶

Laboratoires de biologie médicale