

SYNTHÈSE

Projet Régional de Santé d'Île-de-France

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

SOMMAIRE

EDITO	3
LE PLAN STRATEGIQUE	4
LES SCHEMAS	11
LE SCHEMA PREVENTION	19
LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET AMBULATOIRE.....	27
LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET BIOLOGIE MEDICALE	37
LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET BUCCO-DENTAIRE.....	44
LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET HOSPITALIER.....	54
LE SCHEMA MEDICO-SOCIAL	66
LES PROGRAMMES	75
LE PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS).....	76
LE PROGRAMME TELEMEDECINE	82
LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE (PPRGDR)	91
LE PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC)	100

EDITO

Un premier projet régional de santé pour l'Ile-de-France

Après plusieurs mois de réflexion, d'échanges et de concertation avec l'ensemble des acteurs de santé de la région, je suis très heureux d'arrêter la version définitive du projet régional de santé (PRS) d'Ile-de-France.

Elément clé de la transformation du système de santé régional au service de la santé des Franciliens, le PRS présente pour la première fois une vision globale de la politique régionale de santé ainsi que sa déclinaison territoriale. Il est le fruit d'un travail qui a mobilisé l'ensemble des expertises de l'Agence et de ses partenaires.

Je souhaite sincèrement remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué à son élaboration.

L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne pourront être ceux que nous avons connus hier. Le PRS doit permettre de consolider les actions aujourd'hui pertinentes, de développer des actions nouvelles, de renforcer la prévention et d'adapter l'offre de santé aux changements à venir.

Dans un paysage de la santé en pleine mutation, devant une période de transition épidémiologique profonde et face aux nombreuses inégalités de santé caractérisant la région, l'ARS Ile-de-France s'engage à relever trois défis : assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ; améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé ; conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires. Construit autour des notions de transversalité, de responsabilité populationnelle et de décloisonnement, ce projet est tourné vers l'action, pour répondre aux besoins des Franciliens.

La capacité de l'Agence à répondre à ces défis de façon cohérente, efficace et efficiente constituera la base du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du PRS.

Si ce premier projet régional de santé trace la feuille de route pour la politique de santé des cinq prochaines années, j'ai souhaité qu'il définisse également les bases d'un mouvement plus profond de transformation de notre système de santé régional, dont l'horizon temporel se situe au-delà du strict cadre du PRS.

Je compte sur l'engagement et la détermination de tous les acteurs de santé de la région pour assurer une mise en œuvre efficace du PRS, au service de la santé de tous les Franciliens.

Claude Évin

Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Plan Stratégique

LE PLAN STRATEGIQUE

Nous nous situons dans un contexte général qui impacte notre système de santé.

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

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

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

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

La région Île-de-France présente des caractéristiques particulières.

Nous avons la chance de vivre dans une région globalement plus riche et plus jeune que les autres régions françaises. Les indicateurs de santé sont aussi globalement meilleurs. Mais en fait nous vivons dans une région fortement inégalitaire. L'Île-de-France se caractérise par l'existence de populations qui sont tout particulièrement frappées par des difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs, difficultés de logement ou insalubrité, exposition au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination. Tous ces déterminants sociaux ou économiques ont un impact négatif sur la santé.

C'est ainsi que, si la durée moyenne de vie en Île-de-France est supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain, on vit en moyenne deux années de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui

Plan Stratégique

supérieur à la moyenne nationale. En ce qui concerne l'obésité et le surpoids, les enfants sont plus touchés dans notre région. La surmortalité des femmes par cancer y est plus importante et la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne révèlent une surmortalité tous cancers hommes et femmes confondus par rapport à la moyenne régionale. Près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH chaque année se concentre en Île-de-France, qui est de plus la région métropolitaine la plus touchée par la tuberculose.

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

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

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

L'ARS Île-de-France veut fonder son action sur des principes.

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

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

C'est donc un parcours de santé que nous devons organiser permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médicosociale. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre les différents professionnels et institutions. Nous devons notamment chercher à éviter les

Plan Stratégique

hospitalisations inutiles grâce à une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

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

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

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

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

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

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

Pour répondre aux besoins de santé de la région, l'ARS se fixe des objectifs d'action.

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

- garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé;

Plan Stratégique

- garantir la qualité et l'efficacité du système de santé dans la région ;
- conduire cette politique avec tous les acteurs au plus près des territoires.

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

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

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

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

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

Bénéficier d'un parcours de santé sécurisé, c'est être assuré que les différents moments et lieux de l'intervention sont bien en cohérence, que chaque étape du parcours de la personne soit bien articulée,

de la prévention aux soins, de la ville à l'hôpital puis au service de soins de suite et de réadaptation, si nécessaire et jusqu'au retour à domicile. Le développement de filières et la mise en œuvre de réseaux de soins répondent à cet objectif.

Plan Stratégique

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

L'objectif de l'ARS est d'organiser, au plus près des besoins des populations sur leur territoire de vie, une réponse cohérente et adaptée, un parcours de santé structuré et fluide. Cette ambition sera le fil conducteur transversal des schémas d'organisation régionaux. Pour traduire cette ambition, la méthode de l'ARS repose en tout premier lieu sur la valorisation des professionnels engagés localement, et sur le dialogue avec les offreurs de santé sur le terrain.

Alors que l'Agence dispose d'ores et déjà de leviers sectoriels auprès de chaque type d'offres au travers de ses différents outils contractuels (CPOM avec les établissements, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins...), l'objectif est créer une réelle convergence entre ces différents outils autour d'objectifs partagés et de synergies nouvelles, au sein d'espaces de contractualisation dédiés à l'organisation des parcours de santé. Il revient donc à l'ARS d'impulser une mobilisation pour faire émerger et accompagner des initiatives territoriales innovantes de prises en charge intégrées.

Nous voulons garantir la pérennité d'un système de santé de qualité.

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

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

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

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

Plan Stratégique

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

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

Nous voulons conduire la politique de santé dans la région avec tous les acteurs au plus près des territoires.

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

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

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

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

Plan Stratégique

charge des personnes âgées et des personnes handicapées est aussi de la responsabilité des départements avec lesquels l'ARS se doit d'établir des partenariats.

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

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

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

Schémas

LES SCHEMAS

Préambule

Le Projet régional de santé (PRS) décline les orientations stratégiques de l'ARS. Sur la base du plan stratégique régional de santé (PSRS) arrêté par l'ARS Ile-de-France en octobre 2011, les **trois schémas opérationnels** que sont le schéma organisant les actions de prévention et de veille sanitaire, le schéma organisant l'offre de soins et le schéma organisant l'offre médico-sociale pour la prise en charge des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficultés spécifiques, sont les outils de leur mise en œuvre.

Ces schémas décrivent, de façon prospective et territorialisée, l'organisation des services, actions, autorisations et coopérations dans les champs de compétences de l'Agence. Accompagnés de **programmes transversaux** relatifs à la télémédecine, à la gestion du risque (GDR), à l'**accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** (PRIAC) et à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), ils constitueront, pour les 5 prochaines années, le **cadre de référence des décisions et actions en matière de santé** pour la région Ile-de-France.

Ces schémas, et de façon générale le PRS, ne déterminent néanmoins pas la totalité des actions de l'ARS : pour un certain nombre de sujets, ils évoquent simplement des pistes, sur lesquelles l'Agence continuera de travailler au fil des années à venir. L'ARS a en effet vocation à traiter d'autres thèmes que ceux évoqués dans les schémas, notamment la recherche clinique, l'innovation et l'e-santé. Si les schémas représentent un cadre de référence, c'est donc un cadre ouvert, un **point de départ** plutôt qu'un point final.

Les trois schémas ont été élaborés en parallèle, conformément au cadre fixé par le législateur. Pour autant, l'Agence s'est attachée, par son organisation interne et via un processus de concertation étroite avec l'ensemble des acteurs concernés, à assurer la **transversalité** des travaux d'élaboration.

Au terme de ces travaux, les schémas sont en mesure de répondre aux enjeux d'un contexte en profonde mutation. Ils déclinent en actions concrètes, de façon systématique, les orientations stratégiques et les principes d'action guidant l'action de l'ARS Ile-de-France, tels qu'identifiés dans le PSRS.

La santé, un secteur en pleine mutation

Le vieillissement de la population et la hausse de la prévalence des maladies chroniques sont aujourd'hui les deux lignes de force d'une période de **transition épidémiologique** qui impose de faire évoluer en profondeur l'organisation de notre système de santé. En effet, sous l'effet des progrès de la science et de la médecine,

Schémas

des maladies hier incurables sont désormais contrôlées au long cours, la population vit de plus en plus longtemps et le nombre de personnes accompagnées pour une maladie chronique s'accroît fortement.

Autant que l'évolution épidémiologique, c'est le **maintien de la solidarité nationale** pour garantir l'accès aux soins, dans un contexte de crise économique, qui impose une adaptation permanente de notre système. Il est aujourd'hui indispensable de rendre l'offre de santé plus efficiente et de limiter les prises en charge non pertinentes afin de mieux répondre à des besoins encore insuffisamment ou non satisfaits.

Enfin, les **attentes des usagers** se font toujours plus grandes, tant pour disposer d'informations sur l'organisation du système de santé ou la nature et la qualité des soins offerts, que pour bénéficier de garanties sur la coordination et la sécurisation des parcours de santé.

Les schémas doivent ainsi accompagner des transformations démographiques, épidémiologiques, sociales, institutionnelles, citoyennes et des enjeux financiers majeurs. L'ambition de l'ARS Ile-de-France est, pour chacun de ses segments de compétences, d'adapter l'offre de santé aux changements en cours et à venir et d'organiser, au plus près des besoins des populations, une **réponse cohérente et adaptée**, un **parcours de santé structuré et fluide**. Cette ambition est le fil conducteur des schémas d'organisation régionaux.

Territoire, parcours, responsabilité populationnelle : une démarche nouvelle

La **territorialisation** de l'action de l'ARS au plus près des populations, autour notamment de l'engagement de ses huit délégations territoriales, représente le premier mot d'ordre transversal des schémas. Le territoire de vie représente l'échelle où se joue l'enjeu clé de l'action de l'Agence: le **décloisonnement** des parcours de santé, notamment à partir de la médecine de ville. Chaque schéma s'intègre ainsi dans une vision globale de l'usager, et cherche à dépasser l'horizon de son segment particulier d'offre. Cette volonté de transversalité, de médecine de parcours, est particulièrement nette s'agissant de la prise en charge des patients au long cours, atteints de maladies chroniques, âgés, dépendants ou handicapés.

Cette démarche nouvelle, qui vise à dépasser les cloisonnements, instaure au cœur des organisations existantes une responsabilité vis-à-vis des populations et exige de rompre avec des modes d'action bien souvent dictés par le découpage de l'offre institutionnelle. Un changement de paradigme s'impose donc : l'organisation et la régulation de l'offre de santé doivent désormais se faire en réponse aux besoins des populations, dans une logique de continuité des parcours et non plus simplement d'autorisation d'implantations. Cette responsabilité collective envers la population, partagée par les différents acteurs de santé d'un territoire donné, doit s'exercer en rendant accessible un ensemble complet de services complémentaires tout en assurant la qualité, l'efficacité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

Schémas

Cette logique structure les différents schémas de façon à garantir qu'ils soient non seulement cohérents, mais surtout synergiques et intégrés, et qu'ils mettent en œuvre concrètement les principes d'action de l'ARS.

Investir dans la prévention

Le système de santé a longtemps réservé une place prédominante aux soins, sans réellement considérer la prévention comme prioritaire. Pourtant, tous les acteurs de santé, notamment les acteurs du soin et l'hôpital, ont un rôle à jouer au quotidien en matière de prévention auprès des usagers. A cet égard, l'ARS entend promouvoir une **approche intégrée** couplant de façon systématique la démarche curative et la démarche préventive.

Chaque schéma porte donc une attention particulière aux messages de prévention et de promotion de la santé : il appartient à **tous les professionnels de santé**, du soin, de la prise en charge médico-sociale et bien entendu du premier recours, de **renforcer le poids de la prévention** dans l'accompagnement des patients. La part des pratiques cliniques préventives telles que la vaccination, le dépistage, l'éducation thérapeutique du patient ou encore la diffusion de messages de prévention, qui ancrent le champ préventif dans le monde du soin et assurent une **approche transversale** de la santé des individus, doit être développée. C'est le sens des objectifs du schéma d'organisation de l'offre de prévention visant au développement du rôle de prévention des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, etc.).

Enfin, la mise en œuvre du principe de précaution, afin notamment de protéger la population des risques environnementaux, passe par un renforcement des contrôles et de la gestion des alertes. L'ARS vise à amplifier la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens, afin de garantir l'appropriation des dispositifs de **veille sanitaire** et par ricochet de la **sécurité sanitaire**. Le schéma de prévention décline ainsi plusieurs objectifs opérationnels consacrés à fédérer, renforcer et coordonner les acteurs et dispositifs de la veille sanitaire, mais également à lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux.

Mobiliser tous les acteurs pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne a mis en lumière l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé dans notre région. Liées à des **déterminants de santé** multiples et enracinées dans les inégalités socio-économiques, elles doivent être combattues. Ces déterminants que sont l'habitat, l'environnement, le lien social, les transports ou l'éducation appellent une **mobilisation** de tous les acteurs en région, que l'ARS a pour mission d'orchestrer.

Chaque schéma s'attache donc à favoriser la capacité de l'Agence à **mettre la santé**, en particulier les inégalités de santé, **dans toutes les politiques**. Des leviers tels que les Commissions de coordination des politiques publiques ou l'implication de l'ARS

Schémas

dans d'importants projets comme celui du Grand Paris facilitent la construction de cette culture partagée. La mobilisation du social en amont, notamment pour ce qui concerne les pathologies chroniques, est également primordiale. Dans la même logique, l'ARS s'attache à développer, en partenariat avec les collectivités territoriales, les **contrats locaux de santé (CLS)**. Etablis afin de soutenir les dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité, ils représentent un levier d'action territorial innovant et transversal contribuant à la lutte contre les inégalités de santé. C'est pourquoi le volet ambulatoire du SROS souligne explicitement la nécessité d'associer les acteurs de l'ambulatoire à la démarche de mise en place des CLS.

Enfin, les schémas, en particulier le schéma d'organisation de l'offre de prévention, promeuvent le **développement d'outils et de démarches innovants** au service de la lutte contre les inégalités de santé, au premier rang desquels les évaluations d'impact sur la santé et diverses actions de veille et de prévention adaptées aux populations les plus vulnérables. Ces outils ciblent notamment les principales pathologies infectieuses et situations environnementales à risque de la région. Il s'agit également de mettre en œuvre des **stratégies innovantes de promotion de la santé**, afin de renforcer les capacités et compétences des individus et des « communautés », de développer des environnements propices à la santé et de promouvoir des mesures politiques favorables à la santé des populations, notamment en ce qui concerne l'accessibilité aux soins et la réduction des dépassements d'honoraires excessifs.

Réorganiser et rééquilibrer l'offre de santé en réponse aux besoins des populations et non aux contraintes des offreurs

La création des ARS marque la volonté politique de renforcer le pilotage régional du système de santé, dans le but de **mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population**, de chaque territoire. Le poids historique de l'AP-HP au centre de la région et, à l'inverse, la concentration de l'offre médico-sociale hors Paris et petite couronne illustrent l'inadéquation de l'offre aux besoins actuels des populations franciliennes. Au cœur de chaque schéma repose plus largement un **triple enjeu** relatif à l'offre de santé: savoir mettre en relation la demande avec l'offre qui lui correspond le mieux, assurer une meilleure gestion des interfaces entre les différents secteurs et favoriser une structuration des parcours et des prises en charge adaptée aux populations.

Chaque schéma est ainsi structuré autour de l'ambition de repenser l'organisation de l'offre à l'échelle de chaque territoire à partir des besoins des populations, et non pas des seules demandes des offreurs ou des structures existantes. C'est en particulier le cas pour le SROS dans ses deux volets, ambulatoire et hospitalier. Longtemps circonscrit à la planification de la répartition régionale des activités de soins, le SROS se veut désormais un **vecteur d'organisation du soin** sous toutes ses composantes, du premier recours jusqu'au plateau technique hospitalier spécialisé, en passant par la e-santé. Son volet ambulatoire, dont l'objectif principal est de renforcer l'offre de premier recours, souligne ainsi la nécessité de tout mettre en œuvre pour « structurer l'offre de premier recours en réponse aux besoins des Franciliens ». Cela passe

Schémas

notamment par la mise en œuvre, dans les trois schémas, d'un **principe d'offre graduée**: satisfaire en ambulatoire, à qualité et sécurité égales, le maximum des demandes, en réservant à l'hôpital les prises en charge plus complexes et plus coûteuses. Cette évolution est compatible avec les changements démographiques (vieillesse de la population), mais également avec les préférences des patients, notamment leur souhait d'accueil en proximité

Dans cette perspective, le premier défi consiste à **rééquilibrer les rôles entre les acteurs de l'ambulatoire et le monde hospitalier**. Le SROS s'attelle à ce défi en tâchant de mettre l'hôpital, recentré sur des missions mieux définies à l'échelle de son territoire, en situation d'acteur du changement et en l'aidant à tisser des relations nouvelles avec les acteurs du soin et de la prise en charge médico-sociale.

En parallèle, les schémas promeuvent les innovations organisationnelles nécessaires au **renforcement de l'offre de premier recours**, particulièrement déficitaire dans notre région, et pourtant primordiale. Ainsi, le schéma d'organisation médico-sociale (SROMS), dont l'ambition est d'« adapter l'offre aux besoins des personnes et [de] la rendre accessible à l'ensemble des franciliens, aussi bien géographiquement qu'économiquement», place la réponse de premier recours au cœur de la prise en charge des personnes dépendantes. Pour cela, il s'attache notamment à renforcer les dispositifs d'hébergement temporaire, la télémédecine ou les plateformes de services.

Intégrer prévention, soin et prise en charge médico-sociale au sein de parcours de santé cohérents

Les exemples illustrant l'insuffisante cohérence des différents **segments** d'un parcours de santé et le déficit de qualité et d'efficacité qui en résulte sont nombreux, qu'ils concernent les enjeux de la sortie d'hôpital, les soins de suite ou encore les hospitalisations évitables ou inadéquates, en particulier pour les personnes âgées ou handicapées. Le compartimentage des interventions professionnelles ne peut désormais plus obérer une vision globale de la personne et de ses besoins. L'ARS s'attache en conséquence à promouvoir une **approche intégrée des parcours de santé**.

Chaque schéma s'efforce donc de traiter un segment du parcours de santé tout en favorisant la prise en compte de l'ensemble de ce parcours, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire (en particulier le premier recours) et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social. Dans cette optique, les **passerelles** permettant de **fluidifier** et de **sécuriser** les parcours sont primordiales. En particulier, certaines populations doivent bénéficier en priorité de passerelles adaptées : la **petite enfance et les jeunes** parce que l'action auprès d'eux est déterminante pour l'avenir ; les **malades chroniques et les personnes souffrant de troubles mentaux** parce que leur prise en charge s'inscrit dans la durée ; et les populations les plus fragiles (populations en grande précarité, personnes âgées, personnes handicapées). Les schémas s'attachent à clarifier le **panier des services** existants à destination de ces populations, à sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux relatifs à leur prise en charge, et à favoriser le déploiement d'**activités de coordination**.

Schémas

Par exemple, s'agissant des **personnes âgées**, dont les parcours de santé chaotiques sont une source majeure de complications et de pertes de chances, le SROS et le SROMS proposent des actions susceptibles de **décloisonner** les acteurs. Ces actions s'organisent notamment autour des filières gériatriques, des équipes mobiles, des acteurs de l'accompagnement à domicile, des réseaux et des coopérations entre établissements et services. A cela s'ajoute la promotion des **innovations technologiques ou organisationnelles** capables de renforcer les coopérations entre acteurs de santé autour du patient âgé et permettant d'éviter le repli « par défaut » vers les urgences hospitalières, facteur de rupture dans les parcours de santé.

Favoriser la coopération entre offreurs de santé pour améliorer l'efficacité et la qualité des prises en charge

Dans le contexte d'une incessante croissance de la demande de soins d'une part, et de la diminution annoncée du nombre de médecins d'autre part, la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de **nouvelles formes de coopération** sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé. Le défaut de coordination entre les offreurs de santé est aujourd'hui un facteur de non-qualité et de perte d'efficacité, dont le coût est préjudiciable aussi bien pour les établissements et les professionnels que pour les usagers. L'ARS s'attache donc à favoriser la coopération entre offreurs de santé, afin de rompre l'isolement de certaines structures ou professionnels, de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers.

Chaque schéma s'attache à promouvoir cet esprit de coopération, sous toutes les formes juridiques ou organisationnelles qu'elle peut revêtir. Elle peut notamment prendre la forme d'une **coopération entre établissements** de santé ou établissements médico-sociaux, publics ou privés, ou entre établissements et professionnels libéraux, leviers que le SROS et le SROMS entendent largement mobiliser.

En outre, afin d'affronter les difficultés rencontrées par les professionnels de santé, notamment de proximité, dans le cadre d'un exercice individuel de type libéral (qualité de vie, pertinence des actes, isolement, etc.), les schémas s'attachent à favoriser le développement de **structures d'exercice collectif** tels que les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires. Le volet ambulatoire du SROS pose ainsi comme un de ses axes d'action majeurs l'objectif de favoriser la promotion, l'implantation et le maintien de ces structures d'exercice collectif, notamment dans les zones fragiles. Ces structures, outre les avantages en termes d'efficacité et de qualité qu'elles permettent d'obtenir grâce à la coopération et la proximité de prise en charge, favorisent également le lien social, la promotion des pratiques cliniques préventives, de nouveaux modes de rémunérations et le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Schémas

Favoriser la participation de tous les acteurs au fonctionnement du système de santé pour mieux observer, informer, soigner et décider

Le rôle des divers acteurs du système de santé, en particulier des usagers, connaît un processus de transformation profond. Celui-ci se décline autour de **trois défis** : le développement de la démocratie sanitaire, la promotion de l'éducation thérapeutique des patients (ETP), et le soutien aux aidants. L'ARS s'engage à y répondre concrètement au travers de ses schémas régionaux d'organisation.

Chaque schéma s'attache tout d'abord à répondre au développement des instances de concertation régionale et à la volonté croissante des usagers de devenir acteurs de leur propre santé. Afin d'**assurer l'effectivité de la démocratie sanitaire**, les schémas promeuvent la transparence et la qualité de l'information. Le SROS souligne ainsi l'importance de l'accès à l'information et en corolaire la demande de transparence et les besoins de pédagogie et d'explication sur les politiques de santé exprimés par les usagers. La création d'une plateforme régionale d'information en santé, orientée autour du parcours de santé, est notamment proposée.

Les schémas s'attachent également à mieux former, informer et responsabiliser les usagers, en particulier les malades, par le **développement de l'éducation thérapeutique des patients**. Construite de manière fragmentée et aujourd'hui essentiellement développée à l'hôpital, l'offre d'ETP doit être rééquilibrée, notamment en s'appuyant davantage sur l'offre de premier recours, et en particulier sur l'acteur clé qu'est le médecin traitant, comme le soulignent le SROS et le schéma d'organisation de l'offre de prévention.

Enfin, dans un contexte de généralisation du maintien à domicile, les aidants familiaux se positionnent comme des acteurs majeurs de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile de la personne dépendante, en situation de handicap ou confrontée à une addiction. Les schémas, en particulier le SROMS, s'attachent à **revaloriser et soutenir le rôle des aidants familiaux**, ainsi qu'à améliorer leur état de santé, à travers des mécanismes de formation et de reconnaissance du statut d'aidant, des dispositifs de répit, et des guides d'information (par exemple le guide d'aide à l'orientation des malades d'Alzheimer et de leur famille).

Conclusion

Parce qu'ils seront le **support opérationnel** de l'action de l'ARS pour les cinq années à venir, les schémas d'organisation régionaux s'attachent à relever les **trois défis** identifiés par le PSRS : adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens ; renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous ; construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

La capacité de l'Agence à répondre à ceux-ci de façon cohérente, efficace, efficiente, utile et pertinente constituera la base du suivi et de l'**évaluation** de la mise en œuvre du projet régional de santé. C'est donc à l'aune de cet objectif que les trois schémas

Schémas

d'organisation régionaux ont été rédigés, autour de la notion de **transversalité** et d'une orientation effective à l'**action**.

Schémas

LE SCHEMA PREVENTION

Introduction

Le **schéma régional de prévention** s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé, processus qui confère aux populations les **moyens d'assurer un meilleur contrôle de leur propre santé et d'améliorer celle-ci**. L'élaboration des orientations du schéma repose donc sur les **principes de base de la promotion de la santé** : action sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la santé, équité, participation des populations aux actions et décisions les concernant, intégration de la prévention dans les services de santé et promotion de politiques publiques saines. Ces orientations s'appuient sur un **partenariat** étroit avec les autres acteurs publics et un renforcement de la veille et sécurité sanitaire sur l'ensemble du territoire. Afin de répondre au mieux aux besoins des populations, le schéma de prévention propose une **déclinaison territoriale** priorisant des actions par territoire, thématique et population. L'opérationnalisation est organisée à travers des **programmes**, définis à partir de ces priorités, et des **fiches actions** élaborées avec les partenaires, en accord avec la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) et la commission spécialisée prévention de la CRSA.

Le schéma régional de prévention s'attache à répondre à **cinq enjeux majeurs** pour la santé des Franciliens. Le premier vise à **réduire les inégalités** sociales et territoriales de santé et contribue au développement de la politique de santé publique au plus près des territoires. Le second favorise l'**intégration de la prévention** dans les parcours de santé. L'amélioration de la **qualité globale de l'offre de prévention**, la promotion de la **culture du « signalement »** et du risque chez l'ensemble des acteurs et la mobilisation des professionnels de santé pour renforcer les **vigilances sanitaires** constituent quant à eux trois enjeux ayant pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

En proposant des réponses adaptées à ces enjeux, le schéma de prévention permettra au cours des cinq prochaines années une meilleure **maîtrise des déterminants de santé** par les communautés, la **protection** des populations en situation de vulnérabilité particulière, le développement de l'éducation thérapeutique du patient et une amélioration de la **sécurité** des patients via la **prévention** des infections liées aux soins et la lutte contre la résistance aux antibiotiques. Les actions partenariales relatives à la prévention du VIH, la lutte contre la tuberculose et le développement du **dépistage** organisé des cancers, la prévention des conséquences du vieillissement, la prise en compte de la santé dans le monde du travail, la lutte contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux ou la **coordination** des vigilances et la sécurité sanitaire des produits de santé permettront d'offrir une réponse mieux adaptée aux **besoins** des Franciliens.

Schémas

Enfin, le schéma contribuera à l'amélioration de l'offre de santé en permettant une meilleure **coordination** et **professionnalisation** des acteurs de la prévention, le développement d'une culture de l'**évaluation** et la **labellisation** des actions ainsi que la participation de tous à la gestion des menaces et crises sanitaires.

1 Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

1.1.1 Une offre de prévention riche et partenariale

D'après le bilan de l'offre de prévention issu de l'évaluation du PRSP 2006-2010 et de l'année 2011, l'offre est **riche** et caractérisée par la **multiplication des petits promoteurs** (450). Des **partenariats** de qualité avec les services de l'Etat, les municipalités et leurs services de santé, les conseils généraux et l'assurance maladie existent et peuvent être développés. Enfin, de nombreux **dispositifs territoriaux de santé publique** (Villes santé OMS, Agenda 21, ateliers santé ville, projet local de santé, etc.), dont les actions se fondent sur les priorités locales et reposent sur une démarche participative, coexistent et constituent un élément clé pour la réduction des inégalités de santé.

1.1.2 Des dispositifs de veille et de gestion des alertes plutôt développés et performants

La surveillance sanitaire en région s'organise autour d'une efficace **plateforme de veille et d'urgence sanitaires** associant la Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) et la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (InVS-ARS). Cette plateforme reçoit, traite ou réoriente l'ensemble des signalements sanitaires et/ou environnementaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population. En outre, de multiples **dispositifs de surveillance** performants ont été développés en Ile-de-France (Sursaud, Cerveau, etc.). Enfin, la veille des effets indésirables liés aux soins s'appuie sur des **dispositifs spécifiques** comportant parfois des relais régionaux au sein de l'ARS (hémovigilance) ou d'établissements de santé (centres régionaux de pharmacovigilance).

1.2 Faiblesses/Points faibles

1.2.1 Des inégalités sociales et territoriales de santé significatives

L'Ile-de-France est une région favorisée mais également inégalitaire. D'une part, le diagnostic de santé régional met en évidence des **déterminants socio-économiques** ayant un fort **impact négatif** sur la santé. D'autre part, l'indicateur de développement

Schémas

humain (IDH-2) démontre l'existence de **fortes disparités** entre les communes, les plus fragiles se situant en Seine-Saint-Denis.

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des **inégalités de santé** observées dès la **naissance**, avec un taux régional de mortalité périnatale et infantile supérieur à la moyenne nationale. Ces inégalités se pérennisent chez l'**enfant**, comme en témoignent les différences sociales marquées en termes de caries non soignées, d'obésité et de surpoids prédictifs de problèmes cardio-vasculaires, puis chez l'**adolescent**, avec des comportements sexuels à risque plus importants, augmentant d'autant les risques infectieux (VIH) et les grossesses non prévues. Enfin, ces inégalités sont prégnantes chez l'**adulte**, par exemple en ce qui concerne la santé mentale, avec des indicateurs de souffrance psychique chez les 15-75 ans défavorables par rapport aux autres régions.

Les **populations précaires**, migrantes et de la communauté Rom, présentent quant à elles un certain nombre de **problèmes de santé spécifiques** (infection VIH, tuberculose, Hypertension artérielle, diabète, obésité et la souffrance psychique). En outre, l'importance de l'**habitat ancien dégradé**, en particulier dans la zone centrale de la région (Paris, 93), augmente le risque de saturnisme infantile, d'infections respiratoires, d'intoxication au monoxyde de carbone et de problèmes psychiques liés notamment à la sur-occupation des logements. Enfin, les risques liés à l'**environnement extérieur**, pollution atmosphérique, bruit, dégradation des sols, ainsi qu'au passé industriel de la région sont à l'origine de nombreux « points noirs ».

1.2.2 Un manque de cohérence et d'évaluation des actions de prévention

Si les acteurs de la prévention sont nombreux et que des partenariats existent, les actions de prévention menées aux niveaux régional et local souffrent d'un manque de coordination et par conséquent de cohérence. En outre, le processus d'évaluation de ces actions est encore trop faible, ce qui limite leur portée et les enseignements qui peuvent en être tirés.

2 En quoi ce schéma permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

2.1 Adapter les parcours de santé aux besoins des franciliens

Intégrer la prévention au sein des parcours de santé, axe majeur du schéma de prévention, doit permettre d'agir de façon précoce dans le cycle de vie afin de donner à chaque enfant les meilleures chances possibles, et ainsi de **réduire les inégalités de santé** tout en favorisant un bon niveau d'éducation et une position socio-économique acceptable.

Schémas

Coopérer avec et **coordonner** les acteurs de la périnatalité et petite enfance, puis les acteurs de l'enfance, adolescence et du jeune adulte, est ainsi un enjeu crucial qui doit permettre de promouvoir des actions globales permettant de **rompre avec la reproductibilité des inégalités de santé**. Le schéma de prévention s'attache également à favoriser la coordination des acteurs œuvrant pour le bien-être mental, et ainsi à mieux répondre aux besoins des Franciliens.

La prise en compte des **spécificités des populations**, notamment des plus vulnérables, dans les choix d'orientations en matière de prévention répond également à cet objectif.

Enfin, les **actions partenariales** telles que la lutte contre le VIH ou le développement du dépistage organisé des cancers, ainsi que le rôle des professionnels de santé en matière de prévention et l'éducation thérapeutique des patients, dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, sont promus et développés par le schéma de prévention.

2.2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention, notamment en favorisant une **professionnalisation** des acteurs, favoriser le développement d'une culture de l'**évaluation** auprès des promoteurs et élaborer des **partenariats avec la recherche**, tels sont les enjeux du schéma de prévention devant permettre de renforcer la **qualité** et l'**efficacité** de l'offre de santé.

Si la **professionnalisation** des acteurs se fera grâce au pôle régional de compétence en éducation pour la santé, une labellisation des actions y sera adjointe, tandis que les partenariats dans le cadre de recherches interventionnelles seront favorisés, de même que des collaborations internationales avec des instituts de santé publique.

La qualité de l'offre de santé passe également par le développement de la **veille sanitaire régionale**. Cela se fera à travers la promotion de la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens, qui sera déployée grâce à la **fédération** de tous ces acteurs et à la diffusion d'outils adaptés partagés. Enfin, dans le but de favoriser la **sécurité** des patients, la coordination des vigilances et la sécurité sanitaire des produits de santé ainsi qu'un effort de **mobilisation** des professionnels de santé, focalisé sur les pathologies à composante environnementale, les infections liées aux soins et la résistance aux antibiotiques, sont promus par le schéma de prévention.

2.3 Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le schéma régional de prévention prévoit d'**agir sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé** au plus près des territoires.

Schémas

La coordination avec l'ensemble des acteurs publics, en particulier à travers la signature de **contrats locaux de santé** avec les municipalités les plus en difficulté, et les **évaluations d'impact en santé** de politiques non sanitaires sur des territoires infra-départementaux sont des outils contribuant à cet objectif.

D'autre part, le schéma de prévention fait une large place aux **processus participatifs**, principe clé de la promotion de la santé. Il privilégie la co-construction avec les usagers et citoyens et les démarches de santé communautaires.

Enfin, les populations en situation de vulnérabilité particulière et celles résidant en habitat indigne (l'habitat étant un déterminant majeur de la santé) font l'objet d'**actions spécifiques** visant à améliorer la santé physique et morale des occupants et de favoriser leur intégration sociale.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
<p>Axe 1 : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé</p> <p>Action/priorité 1 : Agir sur l'ensemble des déterminants environnementaux et sociaux, au niveau régional par la coordination entre institutions, au niveau local par les mesures d'évaluation d'impact sur la santé et les contrats locaux de santé</p> <p>Action/priorité 2 : Co-construire avec les usagers –citoyens, en promouvant des diagnostics de santé partagés ainsi que la santé communautaire</p> <p>Action/priorité 3 : Adapter la prévention aux populations en situation de vulnérabilité, notamment grands précaires, détenus et sortants de prisons, travailleurs du sexe, migrants, sur les thèmes prioritaires et dans le cadre du PRAPS</p> <p>Action/priorité 4 : Réduire les impacts de l'environnement sur la santé en luttant notamment contre l'habitat insalubre</p>	X		X X X
<p>Axe 2 : Favoriser l'intégration de la prévention dans le parcours de santé</p> <p>Action/priorité 1 : Agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité et petite enfance</p> <p>Action/priorité 2 : Poursuivre dans le cycle de vie la coopération avec l'ensemble des acteurs de l'enfance, adolescence et du jeune adulte</p> <p>Action/priorité 3 : Favoriser la coordination des acteurs œuvrant pour le bien-être mental</p> <p>Action/priorité 4 : Développer le rôle des professionnels de santé en matière de prévention ainsi que l'éducation thérapeutique du patient</p>	X X X X		

Schémas

<p>Axe 3 : Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention</p> <p>Action/priorité 1 : Développer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention : promouvoir le pôle régional de compétence, une culture de l'évaluation, et développer la labellisation</p> <p>Action/priorité 2 : Développer des partenariats avec la recherche, en matière de recherche interventionnelle et sur les inégalités de santé</p>		<p>X</p> <p>X</p>	
<p>Axe 4 : Augmenter la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens</p> <p>Action/priorité 1 : Mobiliser les acteurs de la veille sanitaire afin de développer le signalement et la participation à la gestion des menaces et des crises en santé publique</p> <p>Action/priorité 2 : Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de détecter les menaces pour la santé publique</p>		<p>X</p> <p>X</p>	
<p>Axe 5 : Mobiliser les professionnels de santé pour renforcer les vigilances sanitaires</p> <p>Action/priorité 1 : Favoriser la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des expositions ou des pathologies à composante environnementale</p> <p>Action/priorité 2 : Développer l'accès à un réseau de consultations de pathologies environnementales</p> <p>Action/priorité 3 : Prévenir les infections liées aux soins</p> <p>Action/priorité 4 : Lutter contre la résistance aux antibiotiques</p>		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>

Schémas

Axe 6 : Poursuivre les actions partenariales répondant aux besoins des franciliens			
Action/priorité 1 : Répondre aux nouveaux enjeux de prévention du VIH	X		
Action/priorité 2 : Mettre en œuvre le plan tuberculose	X		
Action/priorité 3 : Développer le dépistage organisé des cancers	X		
Action/priorité 4 : Préserver le capital santé : anticiper et mieux prévenir les conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie	X		
Action/priorité 5 : Assurer la prise en compte de la santé dans le monde du travail			X
Action/priorité 6 : Lutter contre les conséquences sanitaires des risques environnementaux			X
Action/priorité 7 : Assurer la coordination des vigilances		X	
Action/priorité 8 : Promouvoir la sécurité sanitaire des produits de santé		X	

LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET AMBULATOIRE

Introduction

L'**offre de premier recours** constitue la **porte d'entrée** dans le système de santé. Sans une offre suffisante et bien répartie, le parcours de santé devient moins lisible, moins coordonné et moins efficient, rendant les prises en charge moins efficaces.

L'Île-de-France se doit de redevenir une région attractive pour l'**installation et le maintien des professionnels** du premier recours en ambulatoire, afin d'éviter leur raréfaction et d'assurer une **réponse adéquate aux besoins** et attentes des usagers. Ceux-ci expriment en effet la nécessité d'une offre de soins de proximité adaptée, accessible et articulée avec une offre de recours spécialisée et une offre hospitalière et médico-sociale. Parallèlement, les professionnels de santé de ville attendent un soutien à la modernisation nécessaire de leur exercice professionnel et plus généralement à l'amélioration de leurs conditions d'exercice.

Afin de conduire une **politique ambulatoire la plus cohérente et partagée possible**, une concertation formelle et informelle systématique a été menée durant l'élaboration du SROS, associant plus de 400 personnes au total au sein d'un Comité de Pilotage régional et de groupes de travail régionaux.

Le volet ambulatoire du SROS s'attache à traiter plusieurs **enjeux** majeurs pour la santé des Franciliens tels que l'**aide à l'installation** des professionnels de santé, les structures d'**exercice collectif** et le développement de l'exercice coordonné, mais également à mettre l'accent sur des **thématiques ou populations** nécessitant une attention particulière: les maladies chroniques, les personnes vivant avec le VIH, la santé mentale, la santé bucco-dentaire, la biologie médicale, la santé des jeunes et le programme régional de télémédecine.

Au regard du diagnostic, des enjeux soulevés et de la concertation avec les acteurs impliqués, huit orientations ont été retenues et déclinées en **objectifs opérationnels** dans ce volet du SROS :

- Promouvoir et faciliter l'**installation de professionnels** de santé notamment dans les zones fragiles ;
- Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'**exercice collectif** ;
- Garantir l'**accessibilité** de l'offre de soins ambulatoire ;

Schémas

- Garantir la **disponibilité** de l'offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire ;
- Développer la **transversalité** et favoriser la **fluidité** du parcours de santé ;
- Renforcer la **qualité** et la **performance** de l'offre de santé en ville ;
- Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de **pratiques cliniques préventives** ;
- Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de **veille** et de **gestion des alertes et crises sanitaires**.

Ces objectifs répondent notamment à la désaffection croissante des professionnels pour l'exercice isolé et permettent de ce fait le **maintien d'une offre de soins de qualité**, disponible et accessible à tous, à la fois géographiquement et financièrement. En outre, le **décloisonnement** et la coordination des offres de soins relevant de différents secteurs (ambulatoire, établissements sanitaires et médico-sociaux) constituent un gage de **fluidification** du parcours de santé des patients, mais également une **opportunité** pour pallier les difficultés territoriales d'offre de l'un ou l'autre des secteurs.

Le SROS entend **mobiliser tous les leviers disponibles**, qu'ils soient d'action rapide, de moyen ou de long terme, pour mettre en œuvre ces orientations :

- ceux **nationaux** relevant de la réglementation tels que la détermination des zones fragiles ou déficitaires en offre de soin de premier recours, l'expérimentation NMR, les coopérations entre PS, etc. ;
- la **contractualisation** avec les structures et/ou les professionnels de santé et étudiants ou internes (CPOM, contrat d'engagement de service public, CAQCOS, etc.) ;
- le **financement** des structures et/ou des professionnels de santé (FIQCS hier et FIR aujourd'hui) ;
- l'**action sur les « ressources humaines »** : formation initiale, développement des stages en ambulatoire, mobilisation des centres de santé, etc. ;
- la création/consolidation des **partenariats** avec les différents acteurs : organisations de professionnels de santé, associations d'usagers, organismes d'assurance maladie, collectivités territoriales, etc.

Pour chaque objectif opérationnel sont explicités le contexte, les enjeux, les mesures à mettre en œuvre ainsi que les délais de réalisation prévus. Sur de nombreux sujets, la **déclinaison territoriale** est précisée ainsi que les partenaires sollicités dans les fiches action.

Ces outils devraient permettre à l'ARS d'atteindre ces objectifs dans les 5 années à venir, tout en ayant conscience que seules des **priorités partagées** avec les partenaires (représentants des professionnels de santé, usagers, structures, collectivités territoriales, A.M., etc.) auront la légitimité nécessaire pour une **mise en œuvre efficace sur le terrain**.

Schémas

1 Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

1.1.1 Des atouts reconnus en termes de démographie médicale et d'équipements

L'offre ambulatoire de professionnels de santé en Ile-de-France est **abondante et à forte spécialisation**. Plusieurs éléments la caractérisent, parmi lesquels de faibles distances d'accès à l'omnipraticien, puisque 97 % des Franciliens résident à moins de deux kilomètres d'un omnipraticien.

1.1.2 Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches

Avec plus de **90 réseaux de santé** et une forte implantation de **centres de santé** (plus de 300), notamment au centre de la région, l'Île-de-France est la région qui compte le plus grand nombre d'organisations de ce type en France. En outre, les créations de **maisons de santé pluri-professionnelles** tendent à s'accélérer malgré des charges foncières élevées.

1.2 Faiblesses/Points faibles

1.2.1 Une offre inégale sur le territoire

La région se caractérise par de fortes **disparités de densité** des professionnels de santé entre territoires. Ainsi, on constate une forte concentration de l'offre dans le centre de la région et une absence de médecin spécialiste dans plus de 71 % des communes franciliennes (données 2010). En outre, la densité d'omnipraticiens libéraux francilienne reste plus faible que la moyenne nationale (87 pour 100 000 habitants contre 99) et marquée par de fortes **inégalités de répartition** entre les départements. De même, avec moins de 40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, la densité francilienne est deux fois plus faible qu'au niveau national.

Enfin, l'Ile-de-France se caractérise par une densité plus élevée de spécialistes exerçant en secteur 2, avec six spécialistes sur 10 exercent en secteur 2 contre une proportion de 4 sur 10 à l'échelle de l'ensemble du territoire français.

1.2.2 Un vieillissement prononcé du corps médical

La **pyramide des âges** du corps médical francilien est **globalement défavorable**, ce qui, associé à un **faible taux de renouvellement** constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, fait craindre une détérioration générale de la disponibilité médicale dans les cinq années à venir. C'est un point particulièrement

Schémas

problématique, considérant que la région se situe dans un contexte d'accroissement des besoins de santé et de recours croissant à la médecine de ville.

1.2.3 Des difficultés de coordination

La **coordination**, entre les différents secteurs de l'offre de santé mais également entre les différents secteurs de la médecine de ville reste aujourd'hui **insuffisamment développée** pour pouvoir répondre efficacement aux besoins des Franciliens.

2 En quoi ce volet permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

2.1 Adapter les parcours de santé aux besoins des franciliens

L'**accès au premier recours** constitue un **passage clé** du parcours de santé de tout patient. Pourtant, malgré la richesse de l'offre de santé francilienne, il est parfois difficile pour le patient d'accéder à des services adaptés et correspondants à ses besoins. Il est donc urgent de **promouvoir**, de **renforcer** et de **faciliter** l'accès à l'offre de premier recours.

Afin de répondre à la diminution démographique prévisible de la médecine de premier recours, l'ARS entend favoriser l'installation de professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles, à travers un service unique d'**aide à l'installation** des professionnels de santé dans les territoires et des journées découvertes de la médecine libérale à destination des étudiants. De plus, dans le souci d'assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et de garantir à tous l'accès aux soins, des **Contrats d'Engagement de Service Public (CESP)** à destination des étudiants et internes en médecine sont proposés afin de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles, où la continuité des soins est menacée.

Par ailleurs, il convient de consolider l'existant et de développer les structures d'**exercice collectif** répondant aux nouveaux besoins des patients, plébiscités par les professionnels de santé. L'ARS, via le volet ambulatoire du SROS, accompagne, en termes d'ingénierie et de financement, l'implantation de maisons de santé, de pôles de santé et de centres de santé, notamment dans les zones fragiles. Elle développera des actions visant à renforcer la viabilité économique de ces structures.

Plus largement, afin de mieux coordonner les parcours de santé des patients et en particulier des malades complexes, ce volet promeut une **approche mixte et transversale** de la prise en charge sanitaire, associant établissements de proximité, établissements médico-sociaux et secteur ambulatoire.

Schémas

Enfin, l'offre de santé se doit d'être **accessible**, certes géographiquement, mais également **financièrement**. L'Agence souhaite dans ce cadre développer le tiers payant et engager des actions visant à réduire les zones d'accessibilité financière limitée, en s'appuyant notamment sur la création d'un observatoire de l'accès aux soins.

2.2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

La compétence technique de chaque professionnel pris isolément n'est pas suffisante pour assurer une prise en charge globale **optimale** pour le patient et **efficace** pour le système de santé. Dans ce cadre, la **coopération** et la **coordination** entre les professionnels de santé sont indispensables, et de nouveaux champs d'activité ainsi que des **organisations innovantes** doivent être développés en conséquence.

Le volet ambulatoire du SROS s'attache notamment à promouvoir la **formation** à la médecine de premier recours, afin d'inciter et de former au mieux les étudiants à leur nouveau métier, notamment à travers les stages ambulatoires. En outre, le volet prévoit d'**accompagner les réseaux de santé** dans leurs missions d'appui aux professionnels de santé et de valorisation des bonnes pratiques, afin de mieux répondre aux besoins des patients mais également aux attentes des professionnels de santé.

Afin de renforcer la qualité de l'offre de santé, l'ensemble des professions de santé sera sollicité pour contribuer à l'offre de premier recours et aux actions de santé publique. Dans cette optique, l'ARS et les Unions Régionales des Professionnels de Santé promeuvent la participation des professionnels libéraux aux activités et programmes de **pratiques cliniques préventives** en ambulatoire.

Il est également prévu que les acteurs ambulatoires s'inscrivent dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires.

Les **structures d'exercice collectif**, de par leur mode de fonctionnement, offrent des services de qualité aux patients. Le volet ambulatoire prévoit l'**accompagnement financier et technique** de ces projets ainsi que la consolidation financière des structures existantes. Les **expérimentations** sur les nouveaux modes de rémunération des centres de santé et des maisons de santé seront accompagnées au plus près par l'Agence. Par ailleurs, des **coopérations interprofessionnelles** telles que définies dans la loi HPST seront promues afin de favoriser l'accessibilité des patients à l'offre de soins et l'optimisation du temps des professionnels.

Le schéma s'attache également à favoriser la **fluidité** de l'organisation du système, en poussant les réseaux de santé à s'orienter vers des **coordinations pluri-thématiques** et à assurer une meilleure couverture territoriale. L'organisation de l'amont et l'aval de l'hospitalisation sera facilitée, dans un premier temps dans le cadre d'expérimentations, afin de répondre au mieux aux besoins des patients hospitalisés mais aussi de gagner en efficacité.

L'ARS Ile-de-France s'engage enfin pour que le renforcement de la qualité et la performance de l'offre de santé en ville puisse s'appuyer sur la **contractualisation**.

Schémas

Comme le prévoit la loi HPST, elle contractualisera donc avec des structures d'exercice collectif, des réseaux (CPOM), mais également avec des professionnels de santé (CAQCS) afin de renforcer la qualité des pratiques. En outre, l'offre de soins de ville sera consolidée via des contractualisations territoriales avec les autres partenaires (collectivités, usagers, associations,...).

2.3 Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

L'offre de soins ambulatoire, au même titre que les besoins des patients, n'est pas comparable en termes d'accessibilité géographique, financière ou de spécialités selon les départements, les communes voire les quartiers. En s'appuyant sur ses délégations territoriales, l'ARS s'attache à **analyser les besoins**, les risques démographiques des professionnels de santé (en lien avec l'observatoire régional de l'ONDPS) et les interventions nécessaires **au plus près des territoires**, en concertation avec les membres du COPIL du volet ambulatoire du SROS et les représentants des instances de démocratie sanitaire.

Afin de mener des actions concertées au cœur des territoires sur la démographie des professionnels, sur la promotion des structures d'exercice collectifs et les pratiques tarifaires, l'Agence a déjà signé un **protocole d'accord avec l'URPS Médecins** en 2011. Les actions territorialisées de ce protocole se feront en association avec l'ensemble des partenaires concernés.

En outre, un **portail partenarial** associant de nombreux acteurs et institutionnels est en cours de construction. Il permettra d'offrir de l'information aux étudiants, internes et professionnels de santé sur l'installation en ambulatoire et sur les actions locales spécifiques menées dans les départements.

Afin de sensibiliser les jeunes professionnels de santé à l'exercice ambulatoire, le volet ambulatoire prévoit de leur faire découvrir l'organisation sanitaire département par département, en favorisant les rencontres avec leurs confrères déjà installés à travers des **journées départementales annuelles**.

Toujours en partenariat (avec les URPS, l'Assurance maladie, les Ordres, plusieurs collectivités locales, etc.), des **permanences locales mensuelles** seront mises en place sur l'ensemble des départements. L'objectif de ces permanences est d'offrir des conseils professionnels et administratifs à tout professionnel de santé portant un projet d'installation en Ile-de-France.

De plus, en lien avec l'URPS médecin et les usagers, un **observatoire partenarial de l'accès aux soins** devrait voir le jour avec l'objectif de dresser un état des lieux et un suivi partagé des difficultés d'accès aux soins liées à certaines pratiques tarifaires en Ile-de-France. Ce diagnostic permettra d'envisager des actions visant à réduire les zones d'accessibilité financière limitée.

En projet également, une étude est envisagée afin de mesurer et d'objectiver **l'adéquation de l'offre de soins ambulatoire aux besoins de soins non programmés** de la population.

Schémas

Enfin, afin de mieux répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de soins, le volet ambulatoire du SROS prévoit une réflexion visant à **améliorer l'accès à l'information** sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : Promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles			
Action/priorité 1 : Analyser le risque démographique par profession et spécialité sur l'ensemble de l'Ile-de-France et par territoire, et se donner les moyens de répondre aux besoins de santé	X		X
Action/priorité 2 : Développer un portail partenarial d'information et de sensibilisation des étudiants, internes et professionnels de santé sur l'installation	X		X
Action/priorité 3 : Mettre en place un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé par département	X		X
Action/priorité 4 : Développer le contrat d'engagement de service public (CESP)	X		X
Action/priorité 5 : Développer les lieux de stage ambulatoires des étudiants et internes de MG, notamment en grande couronne, et des étudiants paramédicaux	X		
Axe 2 : Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif			
Action/priorité 1 : Promouvoir et favoriser l'implantation de maisons de santé, de pôles de santé et de centres de santé, notamment dans les zones fragiles	X		X
Action/priorité 2 : Accompagner la mise en place de MSP, de pôles de santé et de centres de santé	X	X	X
Action/priorité 3 : Consolider la viabilité économique des structures d'exercice collectif et notamment des Centres de santé	X	X	X
Action/priorité 4 : Promouvoir et accompagner l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération	X	X	

Schémas

Axe 3 : Garantir l'accessibilité de l'offre de soins ambulatoire			
Action/priorité 1 : Faciliter l'accessibilité financière dans les MMG	X		
Action/priorité 2 : Développer un observatoire partenarial de l'accès aux soins	X		X
Action/priorité 3 : Envisager des actions visant à réduire les zones d'accessibilité financière limitée	X		X
Action/priorité 4 : Envisager des actions visant à faciliter l'accessibilité des Personnes à Mobilité Réduite	X	X	
Action/priorité 5 : Améliorer l'accès à l'information sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours	X		X
Axe 4 : Garantir la disponibilité d'une offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire			
Action/priorité 1 : Mesurer et objectiver l'adéquation de l'offre de soins ambulatoire aux besoins de soins non programmés de la population	X		X
Action/priorité 2 : Favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux	X		
Action/priorité 3 : Développer une approche mixte de la prise en charge sanitaire (associant établissements de proximité, établissements médico-sociaux et secteur ambulatoire)	X	X	
Action/priorité 4 : Promouvoir le métier d'infirmière libérale et le maintien en activité des professionnels dans la région	X		
Action/priorité 5 : Favoriser la contribution des professionnels de santé à l'offre de premier recours	X		
Action/priorité 6 : Développer les coopérations entre professionnels de santé	X	X	X

Schémas

Axe 5 : Développer la transversalité et favoriser la fluidité des parcours de santé			
Action/priorité 1 : Développer les coordinations pluri-thématiques, notamment les réseaux territoriaux, et assurer une meilleure couverture territoriale	X	X	
Action/priorité 2 : Renforcer la coordination du parcours de santé des malades complexes	X	X	X
Action/priorité 3 : Favoriser l'organisation de l'amont et l'aval de l'hospitalisation, en s'appuyant notamment sur les coordinations ambulatoires par territoire	X	X	X
Action/priorité 4 : Développer les outils informatiques communicants entre professionnels de santé		X	X
Axe 6 : Renforcer la qualité et la performance de l'offre de santé en ville			
Action/priorité 1 : Développer la contractualisation avec les structures d'exercice collectif, les réseaux (CPOM) et avec les professionnels de santé (CAQCS)		X	X
Action/priorité 2 : Accompagner les réseaux dans leurs missions d'appui aux professionnels de santé et de valorisation des bonnes pratiques		X	X
Action/priorité 3 : Associer l'offre de soins de ville à la contractualisation territoriale avec les autres partenaires (collectivités, usagers, associations,...)		X	X
Axe 7 : Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives		X	X
Axe 8 : Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires		X	X

LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET BIOLOGIE MEDICALE

Introduction

Le volet biologie médicale du schéma régional d'organisation des soins est le **premier du genre** en Ile-de-France. Secteur d'activité en pleine **évolution** et porteur de grandes **promesses**, la biologie médicale reste pourtant peu connue des décideurs, mais non moins importante pour la santé des Franciliens. Elaboré par les représentants des professionnels du secteur dans le cadre d'une **concertation** entamée en mars 2011, le volet biologie médicale du SROS entend répondre aux **besoins des Franciliens** en concrétisant les promesses du secteur et en accompagnant les **professionnels** pour une meilleure appréhension et maîtrise des risques.

La biologie médicale recouvre plusieurs **enjeux** auxquels le schéma s'efforce de répondre. Elle est tout d'abord à la croisée d'enjeux forts de **qualité et sécurité des soins**, (par exemple en termes d'anticoagulation), de **sécurité sanitaire** (par exemple de conseil en antibiothérapie) et d'**efficience**, notamment en ce qui concerne le contrôle des volumes et la pertinence des prescriptions.

La biologie médicale est également une activité porteuse de promesses en termes d'**innovations**, qu'il s'agisse de médecine prédictive ou de nouvelles modalités de monitoring des paramètres de santé dans le suivi des pathologies chroniques.

En outre, la biologie médicale constitue un important défi en termes d'**efficience**, puisqu'elle compte pour une part importante des dépenses de santé : 3% des dépenses de santé en ville (biologie remboursée à l'acte par l'assurance maladie, soit pour la ville et les établissements de santé privés lucratifs) auxquels il est nécessaire d'ajouter 3% des charges directes des établissements de santé (ex-DG), soit un total pour la région d'un milliard d'euros également répartis entre la ville et les établissements de santé.

Parallèlement, la biologie médicale est une activité en **mutation rapide**, notamment en ce qui concerne l'**automatisation**, avec toutes les conséquences que cela peut avoir en matière d'investissement, de logistique, d'achats, de maintenance, d'informatisation et d'évolution quantitative et qualitative des ressources humaines. L'évolution est

Schémas

également rapide en ce qui concerne la **réglementation** puisque de nouvelles règles visant à consolider un secteur parmi les plus atomisés d'Europe, à lui permettre de faire face à des exigences nouvelles en termes de qualité prouvée (accréditation par le COFRAC) mais également de préparer l'avenir, se multiplient au niveau national et européen.

Dans un contexte de **contrainte financière** et de **besoins croissants**, d'une part en temps disponible pour le conseil aux patients et cliniciens, d'autre part en investissements technologiques, le volet biologie médicale du SROS s'engage à répondre à ces divers défis. Ces évolutions, qui s'accompagnent d'un besoin exprimé par les patients et cliniciens de « plus d'examens (pertinents) et plus de conseil », constituent autant d'**opportunités** pour le secteur de la biologie et de la santé dans son ensemble.

La dynamique créée par ce schéma doit permettre de **répondre aux incertitudes des professionnels** du secteur, d'appréhender de potentiels risques inhérents à la concentration (monopoles, logistique, accessibilité, etc.), mais avant tout de permettre

à chaque Francilien d'**accéder à une offre de biologie adaptée**. Le schéma promeut dans cette optique une offre dont la **qualité** est prouvée (laboratoire accrédité), en période ouvrée mais également durant la permanence des soins, une **offre étendue** en matière d'examens, notamment pour l'accès aux tests nouveaux et innovations, et une **offre accessible** à l'échelle de chaque territoire. Pour cela, la coordination et **coopération** de l'ensemble des établissements et opérateurs est indispensable, afin de posséder les expertises nécessaires et de maintenir un niveau d'investissement adapté, dans le but d'**assurer la qualité de la santé des Franciliens**.

1 Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

1.1.1 Une offre globalement dense au regard des chiffres nationaux

Avec 2480 biologistes médicaux, pharmaciens et médecins, recensés en 2010, l'Île-de-France possède la **plus forte densité nationale de biologistes médicaux**. D'après l'enquête LBM 2011, 868 laboratoires de biologie médicale sont répertoriés dans la région, la majorité étant des laboratoires privés à but lucratif implantés dans le département 75. La région présente également la plus forte densité nationale de « **biologistes hospitaliers** » avec 6,6 biologistes pour 100 000 habitants. Cette densité est tirée par le CHU puisqu'on dénombre 559 biologistes hospitalo-universitaires (HU : PU-PH et MCU-PH) et 55 postes de AHU-CCA, pour la plupart titulaires de thèse de sciences complémentaire dans un domaine spécialisé et ayant une **activité de recherche significative**, la biologie médicale représentant un tiers des publications scientifiques actuelles. Parallèlement, l'Île-de-France présente la cinquième densité de biologistes médicaux installés en secteur libéral après les quatre régions du Sud

Schémas

(PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Midi-Pyrénées) avec 10 biologistes pour 100 000 habitants.

1.1.2 Une absence de tension sur les ressources humaines d'ici à 2020

Après une croissance importante du nombre des biologistes médicaux entre 1980 et 2005 (multipliés par 3 pour les médecins et par 1,5 pour les pharmaciens), une certaine **décroissance du nombre de professionnels**, particulièrement nette chez les pharmaciens biologistes, s'installe depuis sept ans. Cependant, si de nombreux départs en retraite surviendront d'ici 2020 dans le secteur hospitalier public (56 % des PH entre 2008-2020 et 58 % des PU PH entre 2011-2015), **la densité de ressources humaines dans le secteur est telle qu'aucune tension n'est à prévoir à cette échéance**. A plus long terme, une stabilisation du nombre de biologistes médicaux à un niveau comparable à celui de 1980 est prévisible, mais devra être mise en parallèle avec l'évolution du nombre de structures, les gains de productivité possibles et l'évolution des différents métiers (coopérations entre professionnels).

1.1.3 Une accélération des regroupements de laboratoires de biologie médicale (LBM)

Au 1er octobre 2011, il existait 60 LBM multisites privés autorisés en Ile-de-France, comptant pour 302 sites soit un peu plus d'un tiers du total des sites. Cela signifie concrètement que plus d'un tiers des LBM unisites existants préalablement à la publication de l'ordonnance du 13 janvier 2010 ont été autorisés à se transformer en **site pour un laboratoire multisites**. L'ampleur des **opérations de regroupement** progresse par ailleurs, avec six nouveaux sites fermés au publics existants dorénavant dans la région Ile-de-France, en plus des deux sites fermés au public existants antérieurement (LBM CERBA et site BIOMNIS à Ivry sur Seine). Ces sites assurent principalement la réalisation d'examen spécialisés en sous-traitance.

2.2 Faiblesses/Points faibles

2.2.1 Des variations territoriales de l'offre porteuses de risques à l'horizon 2016

Si l'offre est **globalement dense** dans la région, elle reste plus fragile dans certains départements. Ainsi, en termes de nombre de LBM, on constate d'**importantes variations territoriales** entre Paris, qui enregistre la plus forte densité nationale, et la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et l'Essonne, qui sont en deçà de la moyenne nationale. Si les difficultés qui en résultent en termes d'accessibilité sont limitées, la **persistance dans ces zones de laboratoires exploités en nom propre, de petite taille et difficilement accréditables** est porteuse de risques à horizon 2016. Cependant, ce constat devra être affiné pour tenir compte des situations infra territoriales (cas des grands territoires de santé de la périphérie de la région notamment), des flux de population et des effets de frontière entre départements,

Schémas

l'hypothèse d'un taux de fuite important de la petite couronne vers Paris pouvant être évoquée.

2.2.2 Une offre peu concentrée dans les établissements de santé

L'offre privée est prépondérante en nombre d'implantations dans la région, et représente plus de 90% de l'offre dans 3 départements (Yvelines, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise). De plus, le **laboratoire de biologie médicale hospitalier moyen est petit** et il existe un véritable manque d'antériorité en matière de coopérations sur ce thème.

2.2.3 Un retard des laboratoires, en particulier des établissements de santé, en matière d'accréditation

Au 1er septembre 2011, 36 laboratoires publics et privés de la région Ile-de-France étaient accrédités (accréditation partielle ou totale) par le COFRAC, tandis que plus de 20% des 657 laboratoires ayant répondu à la partie du questionnaire SOLEN relative à l'avancement dans l'accréditation déclaraient posséder la qualification bioqualité. En comparaison, **aucun laboratoire de biologie médicale hospitalier ne possède cette qualification**, même si 20 d'entre eux sont inscrits en phase 1 d'accréditation. Il convient donc d'accélérer significativement le processus d'accréditation.

2.2.4 Un flou relatif autour des techniciens de laboratoire

Cette profession paramédicale ne faisant pas encore l'objet d'une inscription au fichier ADELI, il n'existe **pas de données consolidées** sur le nombre de techniciens de laboratoire actuellement en exercice. On estime cependant que près de **60 000 techniciens de laboratoire** seraient en exercice en France. Pourtant, et alors même que cette profession devrait connaître des **évolutions significatives** dans les années à venir, leur démographie reste peu connue.

2 En quoi ce volet permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

2.1 Adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens

Le volet biologie médicale du SROS s'engage à apporter une meilleure réponse aux besoins des Franciliens à travers deux axes clés.

D'une part, l'**accréditation des laboratoires de biologie médicale**, qu'ils soient « de ville » ou « d'établissements de santé », doit permettre de renforcer la confiance et le

Schémas

dialogue entre les différents acteurs du parcours de santé et ainsi de limiter les prélèvements non justifiés. Cela s'accompagne d'un objectif de **meilleure maîtrise et sécurisation** des différentes étapes de la réalisation d'un examen (de la prescription au rendu de résultats) et des processus supports (logistique, traçabilité, chaîne de l'information).

D'autre part, l'**amélioration de l'organisation de la permanence des soins et de la réponse à l'urgence** permettra aux patients de disposer d'une offre de biologie médicale accessible et de qualité à tout moment, quel que soit leur territoire de vie.

2.2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Le processus d'**accréditation** des laboratoires constitue un **gage de haute qualité** pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, et par conséquent pour l'offre de santé, ce qui justifie l'engagement pris par le volet autour de cet enjeu. Pour être efficace, il devra s'accompagner d'actions favorisant la **collaboration** et le dialogue entre biologistes et cliniciens.

L'évolution du secteur induisant diverses implications sur les métiers de la biologie médicale, cruciales pour la qualité de l'offre, l'ARS s'engage à améliorer la **visibilité et l'accessibilité des parcours professionnels** des techniciens de laboratoire et à lever les incertitudes sur les besoins en biologistes médicaux.

Enfin, pour permettre aux établissements de santé de soutenir les besoins immédiats et futurs en termes d'investissement et ainsi de garantir la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'offre de santé, le schéma de biologie médicale préconise le **développement des coopérations et regroupements**, dans une logique d'offre territoriale.

2.3 Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Si la réglementation actuelle ne permet pas de s'opposer aux ouvertures et fermetures des sites de biologie médicale sur les territoires, une **meilleure visibilité sur l'offre** permettra de mieux connaître les zones fragiles et de mettre en œuvre des solutions alternatives au plus près des territoires (contractualisation avec les laboratoires privés, recours à l'offre des établissements de santé, implication des IDEL...).

Le schéma s'engage donc en ce sens, en **facilitant les démarches réglementaires** pour les laboratoires et en s'assurant du **respect** de cette réglementation, mais également en s'engageant à disposer de la **liste à jour des LBM**.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : L'accréditation de tous les laboratoires d'ici 2016			
Action/priorité 1 : Suivre la montée en charge de l'accréditation	X	X	
Action/priorité 2 : Accompagner la montée en charge de l'accréditation	X	X	
Axe 2 : Développer le dialogue entre biologistes et cliniciens			
Action/priorité 1 : Promouvoir la collaboration et le dialogue entre biologistes et cliniciens		X	
Action/priorité 2 : Mettre en œuvre un projet thématique d'amélioration du dialogue autour de l'anticoagulation, du conseil en antibiothérapie ou de la maîtrise des volumes		X	X
Axe 3 : Contribuer à la permanence des soins et répondre à l'urgence			
Action/priorité 1 : Assurer une couverture territoriale satisfaisante et adaptée aux besoins durant les heures de permanence des soins	X	X	
Action/priorité 2 : Maîtriser et sécuriser les différentes étapes de la réalisation d'un examen (de la prescription au rendu de résultats) et des processus supports (logistique, traçabilité, chaîne de l'information)	X	X	
Axe 4 : Garantir l'égalité territoriale de l'offre en biologie de ville			
Action/priorité 1 : Disposer de la liste à jour des LBM (siège social, sites ouverts et fermés au public) et identifier les zones de fragilité de l'offre	X		X
Action/priorité 2 : Faciliter les démarches réglementaires pour les laboratoires et s'assurer du respect de la réglementation			X

Schémas

Axe 5 : Privilégier une logique d'organisation territoriale de l'offre en biologie des établissements de santé			
Action/priorité 1 : Encourager les projets de coopération et de regroupement dans les territoires franciliens	X		X
Action/priorité 2 : Fiabiliser les données et favoriser les comparaisons entre établissements.	X		X
Axe 6 : Comprendre et accompagner les implications sur les métiers de la biologie médicale induites par l'évolution du secteur			
Action/priorité 1 : Lever les incertitudes sur les besoins en biologistes médicaux	X		X
Action/priorité 2 : Améliorer la visibilité et l'accessibilité des parcours professionnels des techniciens de laboratoire	X		X

LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET BUCCO-DENTAIRE

Introduction

La **santé bucco-dentaire**, souvent délaissée par une partie de la population qui considère qu'elle n'a pas de caractère de gravité ou d'urgence et ne fait pas le lien avec l'état de santé général, représente un **champ d'action vaste et déterminant**.

En effet, les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales, retentissent parfois gravement sur la santé. Elles peuvent notamment être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés tels que les patients diabétiques, les sujets immunodéprimés ou les personnes atteintes d'affections cardiaques. En outre, l'**accès aux soins dentaires** n'est aujourd'hui pas garanti pour toute la population francilienne.

Gardant à l'esprit que l'état de santé bucco-dentaire d'une population constitue un excellent **indicateur de son état socio-sanitaire**, le volet bucco-dentaire, partie intégrante du SROS, a été élaboré à travers un processus de **concertation** formelle et informelle systématique afin de conduire des actions cohérentes et partagées au service de la santé des Franciliens.

Le volet bucco-dentaire du SROS s'attache à répondre à plusieurs **enjeux** majeurs pour la santé des Franciliens, en facilitant le **décloisonnement** des différents secteurs du système de santé.

En premier lieu, la **définition d'une politique structurée et transversale** de prise en charge de la santé bucco-dentaire s'avère indispensable afin que les pathologies bucco-dentaires ne s'étendent pas à la majeure partie de la population¹. Cela occasionnerait des frais de soins et de réhabilitation lourds pour l'Assurance Maladie ainsi qu'un problème de **renoncement aux soins**, lié au reste à charge, pour certains patients en situation difficile. Considérant que les complications médicales de ces pathologies peuvent engager le **pronostic vital** chez des sujets fragiles (dénutrition, pneumopathies d'inhalation chez les personnes âgées, surinfection chez un sujet immunodéprimé), la prise en compte de cette problématique est cruciale. Enfin, il s'agit de ne pas négliger que ces pathologies ont d'importantes **conséquences psychologiques et/ou sociales**, telles que le trouble de l'apprentissage de la parole

¹ Les pathologies parodontales atteignent la majorité de la population adulte, dont 15% sévèrement.

Schémas

chez le très jeune enfant, la dévalorisation personnelle ou encore la perte de chance dans la recherche d'un emploi.

Deuxièmement, la question de l'**accès aux soins bucco-dentaires**, en particulier de premier recours, revêt une importance certaine. En effet, les disparités locales existantes aujourd'hui induisent de **fortes inégalités** d'accès aux soins, dont la réduction constitue une des priorités de l'ARS Ile-de-France.

Troisième enjeu prégnant, la question de l'**efficacité des soins bucco-dentaires**. En effet, les soins conservateurs et prothétiques, notamment nécessaires au traitement de la carie, sont à l'origine de dépenses importantes pour les particuliers et la collectivité.

Dans ce cadre, la **qualité** des soins dispensés est un gage de pérennité, et se doit d'être le garant de l'efficacité du système. Comme le rappelle le Code de la Santé Publique (Article R4127-238), le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance, mais doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.

Enfin, enjeu plus large, l'ARS devra s'attacher à faire reconnaître l'**importance de la santé bucco-dentaire** et de ses répercussions sociales, psychologiques et sur l'état de santé général des populations.

Pour répondre à ces enjeux, le volet bucco-dentaire identifie **quatre axes majeurs**, couvrant les différents acteurs du secteur ainsi que les besoins des populations cibles :

- Privilégier la **prévention** pour éviter des soins curatifs ;
- Garantir l'**accessibilité** aux soins, réduire les disparités territoriales et assurer une offre respectant les tarifs opposables ou réglementés ;
- **Optimiser les pratiques** pour dispenser l'acte le plus adapté à chaque patient ;
- **Adapter les soins**, qu'ils soient préventifs ou curatifs, pour les populations à besoins spécifiques que sont les :
 - o enfants en bas âge,
 - o personnes âgées dépendantes,
 - o personnes en situation de handicap,
 - o personnes vulnérables,
 - o personnes présentant des troubles mentaux,
 - o personnes sous main de justice. (détenus ou milieu ouvert).

Chaque recommandation sera appliquée au niveau des acteurs et adaptée aux populations cibles. Les différentes propositions du volet feront l'objet d'**arbitrages** et il sera procédé à une **hiérarchisation** pour leur mise en place dans les cinq années à venir.

Cependant, plusieurs actions sont à mettre en œuvre en **priorité en 2012** car elles s'articulent avec des préconisations clés du PSRS, que leur mise en place correspond à des besoins particulièrement urgents et que leur financement est envisageable :

Schémas

- pour les personnes âgées dépendantes : prise en charge de la santé bucco-dentaire en EHPAD ;
- pour les personnes en situation de vulnérabilité : création d'une PASS (permanence d'accès aux soins de santé) bucco-dentaire ;
- pour l'amélioration de la formation initiale : introduction de praticiens hospitaliers non universitaires dans les services hospitalo-universitaires d'odontologie ;
- mise en place d'un service d'accueil des urgences odontologiques pédiatriques.

Il devrait en résulter une **amélioration sensible et quantifiable** de l'état de santé bucco-dentaire des Franciliens, objectivant l'évolution de l'état socio-sanitaire de la population francilienne.

1 Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

Une prise de conscience progressive de l'importance de la santé bucco-dentaire

Si la prise en charge de la santé bucco-dentaire reste un sujet relativement peu discuté, les acteurs de la santé prennent progressivement conscience de son **importance sur la santé des populations** et de ses répercussions sanitaires, sociales et psychologiques. La rédaction de ce volet bucco-dentaire du SROS, le premier du genre, en est le meilleur témoin.

1.2 Faiblesses/Points faibles

1.2.1 Une offre inadaptée et inégalement répartie

D'après la présentation des soins dentaires faite par la Cour des Comptes dans son rapport 2010 sur la sécurité sociale, **l'offre de soins curatifs est inadaptée quantitativement et qualitativement et inégalement répartie territorialement** au regard des besoins des populations. Ainsi, il n'existe actuellement qu'une seule PASS odontologique régionale, totalement submergée. L'analyse de l'origine géographique des patients montre que plus de la moitié viennent des départements limitrophes. Le « Bus social dentaire », qui soigne essentiellement les populations sans abri, a quant à lui du mal à répondre au nombre des demandes et ne dispose pas de financements pérennes.

En outre, **l'offre de prévention est globalement insuffisante** et également inégalement répartie sur le territoire francilien.

Schémas

Ces disparités locales au sein de l'offre de santé bucco-dentaire régionale induisent de fortes inégalités d'accès aux soins sur les territoires.

1.2.2 Des difficultés d'accès aux soins pour certaines populations spécifiques

Certaines populations ont de fortes **difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires**. Ainsi, si les soins de premier recours pour les jeunes enfants peuvent théoriquement être dispensés tant par les praticiens libéraux que dans les centres de santé ou dans les consultations externes des services d'odontostomatologie hospitaliers, la réalité est fort différente et rares sont les praticiens libéraux acceptant de soigner de très jeunes enfants.

1.2.3 Un cloisonnement néfaste entre prévention et soins curatifs

L'Île-de-France est caractérisée dans le secteur bucco-dentaire par un certain **cloisonnement entre la prévention et les soins curatifs**. Pourtant, le niveau primaire de la prévention peut permettre d'éviter la nécessité d'un recours aux soins tandis que les niveaux secondaire et tertiaire intègrent des actions curatives favorisant la réduction des risques d'aggravation de l'état de santé. La prise en charge de la santé bucco-dentaire est ainsi un exemple concret de la nécessité de décroisement des différents secteurs du système de santé.

1.2.4 Un investissement encore fragile

L'**investissement des pouvoirs publics** dans le domaine de la prévention bucco-dentaire est **relativement récent et fragile**. Ainsi, l'examen de prévention bucco-dentaire obligatoire à 6 et 12 ans ne date que de 2005, et cette obligation n'est pas toujours respectée. Par ailleurs, les actions sont préférentiellement appliquées aux enfants, excluant souvent les adultes, à l'exception du programme de prévention de la Mutualité Sociale Agricole.

2 En quoi ce volet permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

2.1 Adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens

Le volet bucco-dentaire du SROS s'attache à construire une politique de santé bucco-dentaire cohérente avec les objectifs du PSRS, afin de **réduire l'impact des pathologies buccodentaires** sur l'état général de santé des Franciliens, en particulier des plus fragiles (diabétiques, personnes âgées, patients atteints de cardiopathies,

Schémas

pneumopathies...), sur leurs relations sociales et professionnelles et sur leur état psychologique.

Pour cela, ce volet ambitionne d'**adapter l'offre et les parcours de santé aux besoins réels des Franciliens** en pérennisant les centres de santé dentaires ou polyvalents, en favorisant la mise en place de Maisons de Santé Pluridisciplinaires à composante dentaire et en favorisant l'installation des praticiens dans les secteurs sous dotés. Il s'attache également à **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** en promouvant l'offre de soins à tarif opposable et en favorisant le développement ou le maintien de l'offre de soins bucco-dentaire sur tous les territoires, notamment à travers des structures d'exercice collectif.

Enfin, ce volet du SROS souhaite **développer l'observation et l'information en matière de santé bucco-dentaire**, en améliorant la connaissance des lieux où se faire soigner (internet, cartographie, Ameli, site de l'ARS-IDF, numéro d'appel téléphonique unique...) et en diffusant l'information sur le fait que tous les soins (hors prothèses et ODF) sont à tarif opposable.

2.2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

L'amélioration de l'**efficacité** et la garantie de la **qualité** des soins bucco-dentaires est une priorité de l'ARS Ile-de-France.

Dans ce cadre, le volet bucco-dentaire du SROS s'attache à favoriser la **formation initiale** des praticiens, conformément aux données actuelles de la science, ainsi que la formation médicale continue.

Autre clé de la qualité, le **décloisonnement de l'offre de santé** est favorisé par ce volet à travers l'adoption d'une vision transversale intégrant la prévention, les soins et la prise en charge médico-sociale, le développement de la **coopération** entre les acteurs de la prévention et ceux des soins curatifs, et la promotion d'une approche combinant la prise en charge ambulatoire, hospitalière et médico-sociale de la santé bucco-dentaire.

Enfin, dans une optique d'efficacité la **reconnaissance de la prévention bucco-dentaire** est indispensable pour permettre de réduire les soins évitables.

2.3 Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Enfin, l'inscription du volet bucco-dentaire du SROS dans le cadre des principes du PSRS doit permettre la reconnaissance de l'**importance intrinsèque de la santé bucco-dentaire**, pour l'ensemble de la population francilienne.

Cela passe par un **renforcement de la veille sur les risques sanitaires** à travers des conseils ou recommandations aux professionnels, des contrôles et /ou des inspections si nécessaire et une lutte acharnée contre l'exercice illégal.

Schémas

Dans cette optique, il est également indispensable de favoriser la **créativité des acteurs locaux** en promouvant les initiatives individuelles ou collectives, qu'elles viennent du privé, du monde associatif, ou des collectivités territoriales.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
<p>Axe 1 : Privilégier la prévention pour éviter les soins curatifs non pertinents</p> <p>Action/priorité 1 : Favoriser la reconnaissance de la prévention bucco-dentaire et le décloisonnement de l'offre de santé</p> <p>Action/priorité 2 : Développer la coopération entre les acteurs de la prévention et ceux des soins curatifs</p> <p>Action/priorité 3 : Travailler à l'optimisation des actions de prévention nécessaires à l'efficience du système de santé</p> <p>Action/priorité 4 : Promouvoir les niveaux secondaire et tertiaire de prévention afin de réduire les risques d'aggravation de l'état de santé</p>	X	X	X
<p>Axe 2 : Garantir l'accessibilité aux soins, réduire les disparités territoriales et assurer une offre respectant les tarifs opposables ou réglementés</p> <p>Action/priorité 1 : Etudier, en concertation avec les représentants des praticiens libéraux (URPS, CRO), la possibilité de transposer à l'odontologie les mesures proposées pour la médecine générale libérale (nouveaux modes de rémunération, exercice en groupe, maisons médicales, maisons de santé pluri-professionnelles, etc.)</p> <p>Action/priorité 2 : Participer à la pérennisation des centres de santé existants et apporter le soutien nécessaire à la création de nouvelles structures</p> <p>Action/priorité 3 : Intégrer l'odontologie à la réflexion en cours sur la création de centres de santé à l'intérieur ou en relation avec l'hôpital</p> <p>Action/priorité 4 : Poursuivre la réflexion avec l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, sur la création de services d'urgences odontologiques hospitaliers, dans le cadre de la PDSA et la PDSES, avec une priorité à un service régional d'urgences odontologiques pédiatriques</p> <p>Action/priorité 5 : Elaborer un diagnostic sur l'offre actuelle de PDS dentaire pour une mesure de l'adéquation de cette offre aux besoins des Franciliens</p> <p>Action/priorité 6 : Réaliser une étude de faisabilité visant à mettre en place un numéro d'appel unique, agrémenté d'un arbre décisionnel permettant au service d'appel d'orienter les demandeurs de prise en charge odontologique.</p>	X	X	X

Schémas

Axe 3 : Optimiser les pratiques pour dispenser l'acte le plus adapté à chaque patient			
Action/priorité 1 : Introduire des praticiens hospitaliers non universitaires dans les services hospitalo-universitaires d'odontologie	X	X	X
Action/priorité 2 : Créer des postes d'odontologistes hospitaliers et d'assistants dentaires pour renforcer les équipes et optimiser les installations existantes	X	X	X
Action/priorité 3 : Améliorer la formation initiale des étudiants en odontologie à travers des stages de santé publique dans les services odontologiques et dans les services de médecine, la diversification des territoires de stage (hospitalo-universitaires, hospitaliers, centres de santé, praticiens libéraux, etc.), l'enrichissement des disciplines pour les stages d'internat, le développement des contrats d'exercice, etc.		X	X
Action/priorité 4 : Poursuivre la réflexion entre l'ARS, l'AP- HP et l'université sur l'avenir de l'odontologie, l'évolution des modalités d'enseignement et les conséquences sur les pratiques, en synergie avec l'actuel projet de restructuration des facultés de chirurgie-dentaires parisiennes et de réorganisation de l'enseignement clinique.		X	X
Action/priorité 5 : Mettre en place des actions de sensibilisation des différents médecins spécialistes à la prise en charge de la santé bucco-dentaire, dans le cadre de la formation continue		X	X
Action/priorité 6 : Promouvoir les actes conservateurs et de réhabilitation prothétique dans les services hospitaliers hors AP-HP		X	X

Schémas

<p>Axe 4 : Adapter l'offre de santé et de soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs, pour les populations à besoins spécifiques</p>			
<p>Action/priorité 1 : Adapter l'offre de santé BD pour les jeunes enfants :</p> <p>Enseigner aux jeunes enfants le brossage des dents accompagné d'une surveillance de l'hygiène alimentaire Intervenir le plus tôt possible en formant et sensibilisant les professionnels de la petite enfance (personnels de la PMI, crèches...) Stimuler et coordonner l'implication de relais dans la délivrance des messages de prévention bucco-dentaire aux enfants Diversifier les lieux d'intervention et les outils de communication, Favoriser une meilleure orientation à travers des actions de prévention secondaire (dépistages et accompagnement des familles pour la réalisation des soins si nécessaires, soins précoces y compris sur les dents de lait, orthodontie) Mettre en place un service départemental de référence pour les soins curatifs, au sein duquel des praticiens spécialisés auraient à leur disposition toutes les possibilités de sédation nécessaire</p>	X	X	X
<p>Action/priorité 2 : Adapter l'offre BD aux personnes âgées :</p> <p>Améliorer la prévention, primordiale pour cette population qui accumule les facteurs de risques généraux (dénutrition, pneumopathie par inhalation de germes d'origine buccale) Améliorer la réalisation des soins bucco-dentaires à l'état vigile pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs avancés Réaliser des bilans bucco-dentaires plus fréquents, par exemple au moment d'une consultation mémoire</p>	X	X	X
<p>Action/priorité 3 : Adapter les soins BD aux personnes âgées dépendantes :</p> <p>Former les aidants pour qu'ils puissent superviser fréquemment l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes à domicile Intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans les pratiques des établissements et l'inscrire dans le projet d'établissement, en prévoyant une formation spécifique des personnels soignants Favoriser la réalisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée des établissements afin de mettre en place un dispositif de prise en charge gradué et hiérarchisé, en lien avec les propositions de l'URPS (bilan, orientation des patients et coordination des soins par une structure mobile itinérante ; soins par des praticiens libéraux dans leurs cabinets ou dans les EHPAD disposant d'un cabinet dentaire, dans des CDS ou des services hospitaliers de 1^{er} recours ; traitements complexes dans des centres d'excellence offrant la totalité des soins conservateurs, chirurgicaux et de réhabilitation prothétique) Favoriser la coordination des acteurs de gérontologie, pour la formation des aidants et la mise en place de programmes de prévention, mais également pour la coordination des soins auprès des professionnels libéraux, des CDS et des services hospitaliers. Ces coordinations doivent être « agréées » par l'ARS. Mettre en œuvre une concertation avec les différents partenaires et établissements pour établir le cahier des charges et définir les indicateurs de suivi et d'évaluation des modalités de prise en charge de la gérontologie</p>	X	X	X

Schémas

<p>Action/priorité 4 : Adapter l'offre et l'accès aux soins BD des personnes en situation de handicap :</p> <p>Améliorer l'accessibilité des locaux pour les déficients physiques et sensoriels Favoriser la prise en charge des déficients intellectuels par les professionnels de santé spécialisés Mettre en place un dispositif gradué et hiérarchisé (selon le protocole du réseau RHAPSOD'IF) similaire à celui pour les personnes âgées dépendantes</p>	X	X	X
<p>Action/priorité 5 : Adapter l'accès aux soins BD des personnes vulnérables (adultes et enfants en situation précaire : sans domicile, sans droits ouverts, en dessous du seuil de pauvreté, bénéficiaires CMU, etc.) :</p> <p>Créer et financer de nouvelles PASS (permanence d'accès aux soins de santé) bucco-dentaires en tenant compte des besoins du territoire Soutenir la mise en place d'une PASS bucco-dentaire au sein du groupe hospitalier universitaire Paris-Nord-Val de Seine (Site Louis Mourier) Compléter la PASS médicale existante (hôpital Pitié-Salpêtrière) pour assurer la prise en charge des soins pédiatriques Pérenniser le modèle d'actions du Bus social dentaire et y adjoindre une consultation sociale sur le principe des PASS</p>	X	X	X
<p>Action/priorité 6 : Adapter l'offre BD aux personnes atteintes de troubles mentaux :</p> <p>Inscrire la santé bucco-dentaire dans la prise en charge somatique des malades mentaux Sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de la chaîne de prise en charge par le biais de formations médicales continues et de campagnes d'information Mettre en place un dispositif de prise en charge gradué et hiérarchisé, avec un premier recours local, un centre d'expertise départemental et un service d'excellence et de recherche régional (possiblement à l'hôpital Sainte Anne)</p>	X	X	X
<p>Action/priorité 7 : Adapter l'offre et l'accès BD des personnes détenues :</p> <p>Créer un statut de praticien hospitalier pérenne en milieu carcéral Recruter des assistants dentaires afin de libérer du temps médical et d'assurer un accès généralisé aux soins prothétiques Engager une réflexion sur le suivi dentaire après la levée d'écrou Identifier, en lien avec les représentants de la profession (Ordre, URPS), les leviers (formation, rémunération, ...) qui permettront au premier recours d'assurer la prise en charge curative, en complément des actions de prévention</p>	X	X	X

Schémas

LE SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS – VOLET HOSPITALIER

Introduction

Le SROS-PRS s'inscrit dans le projet régional de santé de la région et comprend deux parties :

- Une partie relative à l'offre de soins opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, qui sera appelée le volet hospitalier ;
- Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Cette partie (communément appelée volet ambulatoire) est non opposable à l'exception des zonages.

La partie relative à l'offre de soins comprend elle-même un nombre de volets définis par voie réglementaire et qui sont :

- les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée, des greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, de traitement des grands brûlés, de chirurgie cardiaque, des activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, de l'activité de neurochirurgie, des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, de l'activité de médecine d'urgence, de l'activité de réanimation, de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, de l'activité de traitement du cancer, l'activité d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ainsi que la prise en charge de la santé des détenus ;
- les équipements et matériel lourds suivants caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence (gamma-caméras), des tomographes à émission de positons (TEP), caméra à positons, des appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM), de scanographes à utilisation médicale (scanner), de caissons hyperbare et de cyclotrons à utilisation médicale.

Schémas

Le choix a été fait en Ile-de-France d'y ajouter l'hospitalisation à domicile et les personnes âgées. Ce sont donc vingt-quatre sous ensembles de l'activité hospitalière qui ont été pris en compte.

Ce schéma est par ailleurs le quatrième succédant aux précédents de 1994, 1999 et 2006.

Le mode d'élaboration

L'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins s'est inscrite dans le cadre global du projet régional de santé, et en déclinaison du plan stratégique régional de santé. Ainsi, la partie offre de soins du SROS a été établie en prenant appui sur les huit principes et les trois objectifs du PSRS de la région Ile-de-France. C'est ainsi qu'ont été envisagées les évolutions pour améliorer :

- l'accessibilité aux soins ;
- la cohérence des parcours de santé des usagers notamment fondée sur la graduation des soins ;
- l'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité ;
- la dimension territoriale.

L'inclusion du SROS comportant la partie offre de soins dans le PRS implique que ce schéma soit élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale. Cette réflexion a aussi été organisée en réalisant pour chaque domaine et plus globalement :

- une évaluation des besoins, actuels et futurs ;
- une analyse de l'offre actuelle et de ses besoins d'adaptation ;
- une prise en compte du contexte des ressources humaines et financières.

La partie offre de soins du SROS, a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs de la région :

- Une concertation avec des experts régionaux, des usagers et des personnalités qualifiées a été mise en place dès le lancement des travaux avec la constitution de groupes de travail régionaux dont la composition a été fixée en sollicitant notamment les fédérations hospitalières, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) et le collectif interassociatif sur la santé d'Ile-de-France (CISS) Une vingtaine de groupes dont la liste et les travaux figurent sur le site internet de l'agence ont ainsi contribué à l'élaboration du présent schéma ;
- Un comité régional composé de toutes les fédérations hospitalières, des usagers, de l'URPS a été réuni mensuellement depuis la rentrée 2011.

La transparence a été voulue avec la mise à disposition, sur le site internet de l'ARS Ile-de-France, de tous les éléments de réflexion depuis le début jusqu'à son terme.

Schémas

Une présentation intermédiaire a été réalisée au début de l'été à l'attention des directeurs et présidents des commissions médicales d'établissement : une cinquantaine d'établissements ont formulé des remarques à cette occasion.

Les éléments centraux

Ils peuvent se résumer comme suit.

Si la dimension réglementaire qui se traduira en particulier par la délivrance d'autorisation d'activité ne peut être sous estimée une autre dimension celle de l'organisation des prises en charge et des parcours est devenue centrale. A tel point que ce schéma apparait autant comme un schéma d'organisation qu'un schéma d'implantation. Et implique une mutation stratégique des établissements hospitaliers.

La région Ile-de-France est devant un bouleversement démographique majeur avec le départ dans les dix ans de 40 à 50 % des professionnels médicaux, la démographie paramédicale étant elle-même source d'interrogation.

Le schéma ne cherche pas à modifier en profondeur les implantations mais à conserver une couverture territoriale et une gradation des soins équilibrées. Néanmoins ce sera au prix d'adaptations multiples dont un développement significatif des coopérations, dans quasiment toutes les zones y compris dans celles où intervient le CHU.

Une dimension territoriale présente

Le plus grand nombre de projets de coopérations s'inscrivent dans des dimensions territoriales. Par ailleurs les exigences réglementaires nécessitent la présentation de cibles d'implantations par activité ou équipement par territoire. Le choix a donc été fait d'inclure pour les huit territoires (départements) une déclinaison territoriale comprenant :

- Les orientations principales proposées pour les cinq années à venir ;
- Les cibles d'implantations telles qu'exigées par la réglementation.

Les missions de service public

Les éléments réglementaires préconisent une évaluation des quatorze missions de service public exercées par les établissements au sein du schéma (permanence des soins, soins sans consentement, enseignement, recherche etc.). En dehors de la permanence des soins en établissements hospitaliers et de la couverture en soins palliatifs, le schéma ne propose pas d'évolution.

Schémas

Une mise en œuvre diversifiée et échelonnée

La mise en œuvre opérationnelle du volet hospitalier sera effectuée à l'aide de deux outils principaux : la délivrance et le renouvellement des autorisations et la contractualisation avec les établissements de santé.

Une ouverture est faite vers des démarches plus expérimentales et la sélection de programmes prioritaires. L'attente est en effet au-delà de la responsabilité confiée aux établissements par les autorisations et les reconnaissances de progresser collectivement dans l'évolution des rôles respectifs des différents offreurs. L'ARS, consciente que le système de santé nécessite des évolutions structurelles importantes, souhaite susciter et développer la prise d'initiatives. Quelques programmes prioritaires sont d'ores et déjà sélectionnés.

Diagnostic 2012

Forces/Points forts

Une demande soutenue qui se diversifie

Dans presque tous les domaines la demande de santé et la demande de soins croissent sans qu'il faille en déduire une augmentation équivalente de l'activité hospitalière. Les problématiques sociales – notamment la précarité – sont souvent présentes ainsi que les effets de la transition épidémiologique (vieillesse de la population et montée des pathologies chroniques). Ainsi les établissements hospitaliers connaissent un élargissement et une diversification des sollicitations par exemple avec l'activité des urgences mais aussi dans d'autres domaines (expertise diverse, télémedecine, éducation thérapeutique). Le développement de la spécialisation voire de l'hyperspécialisation se poursuit en parallèle.

Un maillage régional de qualité

L'Ile-de-France compte environ 400 établissements hospitaliers qui permettent un maillage relativement équilibré. Il peut être appréhendé par le temps d'accès aux structures hospitalières ou par la couverture géographique mais aussi par la qualité des équipes franciliennes. Evaluée par le temps d'accès aux urgences et aux services de court séjour, la situation francilienne est plus favorable que celle des autres régions françaises. Dans la plupart des activités de proximité le nombre d'établissement assurant la couverture des besoins est d'une dizaine par département. Les flux intra régionaux ne sont pas négligeables mais les besoins courant sont largement pris en charge en proximité même en grande couronne.

La région compte un nombre élevé de centres de références ou d'établissements de recours et s'appuie sur un CHU qui joue un rôle prédominant dans la recherche médicale française.

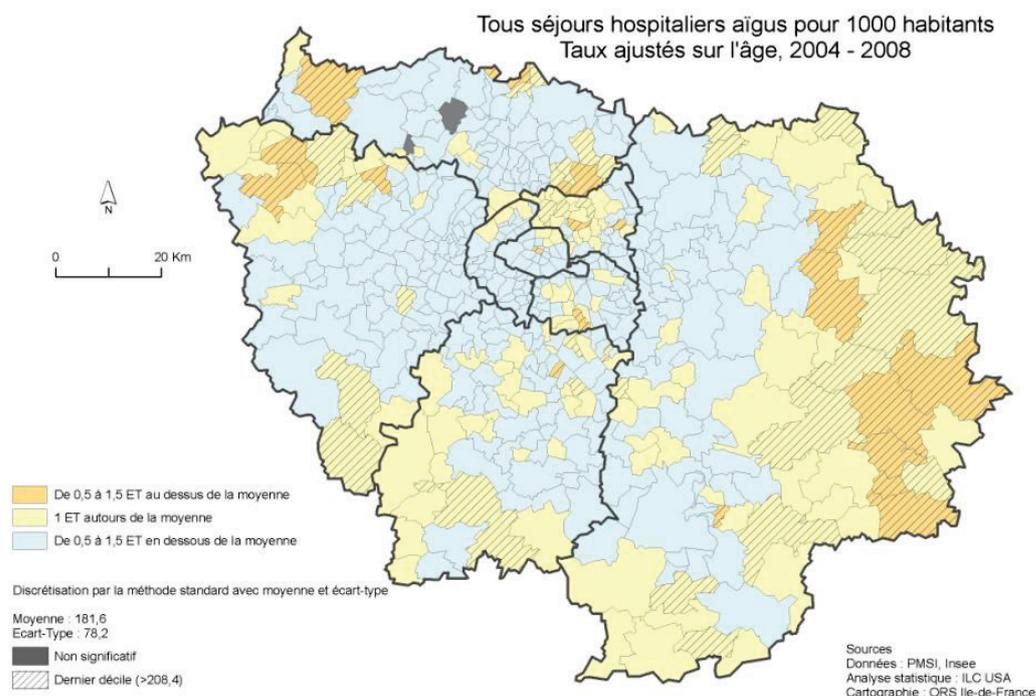
Schémas

Une réduction des déséquilibres inachevée

Les déséquilibres historiques de la région se sont atténués : concentration massive des activités de court séjour au centre de la région faiblement pourvu par ailleurs en soins de suite et en psychiatrie. Un certain redéploiement des activités de court séjour (réanimation néonatale, centres périnataux de type 3, soins palliatifs, cancérologie) a été entrepris.

Un recours à l'hôpital atténuateur des inégalités de santé ?

L'hypothèse aurait besoin de confirmations mais on peut observer dans la carte ci-dessous que les zones de recours accru à l'hôpital sont celles où les éléments de fragilité sociale sont les plus forts. Irait dans le même sens l'évolution de la fréquentation des services d'urgences dans la région.



Ce constat d'un rôle possible d'atténuateur des inégalités de santé joué par l'hôpital ne dispense pas ce dernier d'améliorer ses dispositifs d'intervention envers les personnes en situation de vulnérabilité.

Une ouverture vers une redistribution des rôles entre offreurs de soins

L'élaboration du plan stratégique puis les réflexions contributives au présent schéma ont fait progresser la prise de conscience du besoin d'évolution de l'hôpital. L'idée qu'il puisse venir en soutien d'un premier recours réorganisé ou du secteur médico-social progresse. Symétriquement l'avenir du premier recours conditionne fortement les

Schémas

possibilités d'évolution des établissements hospitaliers. Pour ces derniers enfin une présence plus forte sur certaines dimensions de la prévention est acquise.

Faiblesses/Points faibles

Une organisation historiquement construite pour la prise en charge des malades couchés

L'activité de l'hôpital se dédouble progressivement en deux sous ensembles :

- L'activité d'hospitalisation en croissance modérée, en court séjour en tous cas, où la place des séjours courts – parfois moins de un jour- se renforce.
- L'activité hors hospitalisation sur un rythme de croissance beaucoup plus soutenu notamment aux urgences mais aussi en consultation.

Si les rythmes d'évolution entre les deux diffèrent, les logiques d'organisation sont aussi très dissemblables. Selon leur portefeuille d'activité, les établissements connaissent l'une ou l'autre ou les deux. Dans ce dernier cas la cohabitation entre les deux peut être délicate.

En tout état de cause les patients « debout »-malades ou non- sont déjà les plus nombreux – souvent atteints de pathologie chronique – et une adaptation de l'organisation de l'hôpital est inévitable pour les satisfaire. C'est dans ce domaine principalement que les relations avec le premier recours – historiquement peu organisé – et avec le secteur médico-social – géographiquement inégalement présent – sont à repenser.

Un enjeu démographique majeur

Il n'est pas propre au domaine hospitalier. Certains aspects le concernent néanmoins en particulier.

Dans les 5 prochaines années, 20% des médecins généralistes partiront en retraite (3 800 praticiens environ) et 23% des spécialistes (environ 6 700), soit plus de 10 000 médecins.

Si l'on considère les médecins appelés à cesser leur activité dans les dix ans nombreuses sont les spécialités qui verront partir la moitié ou près de la moitié de leurs effectifs.

Spécialités	Effectif en IDF	Part des plus de 55 ans	Effectif en France	Part des plus de 55 ans
Médecine Générale	18 617	44%	101 896	41%
Pédiatrie	2 155	45%	7 450	40%
Psychiatrie	4 226	54%	14 401	50%

Schémas

Anesthésie-réanimation	2 185	49%	10 704	45%
Total spécialités chirurgicales	4 957	48%	20 878	43%
Total spécialités médicales	10 576	41%	43 371	39%

Au nombre des éléments à prendre en compte figurent :

- La remontée du numerus clausus qui fera sentir ses effets progressivement à partir de 2015 sans pouvoir compenser les départs ;
- Les conditions d'installations de médecins libéraux qui auront des retombées sur les établissements hospitaliers ;
- Les vacances de poste dans certaines spécialités qui traduisent le début des situations critiques ;
- Une évolution positive, pour les professions paramédicales, au cours des cinq dernières années : pour toutes les professions, mais des taux de progression nettement plus faibles en Ile-de-France que dans les autres régions.

De nouvelles fragilités territoriales

Elles sont principalement observées en petite couronne et à la périphérie de la région.

En petite couronne ce sont souvent les établissements disposant d'une offre très spécialisée qui posent problème avec des départs d'activité au bénéfice d'établissements parisiens. Pour certains se posent aussi la question de leur reconstruction. La problématique de ces établissements se superpose en partie à celle du Grand Paris.

En grande couronne les établissements moyens et généralistes sont exposés à un non renouvellement de leur expertise médicale soit de manière générale soit de manière ciblée (imagerie, anesthésie, chirurgie) pouvant fragiliser la totalité de l'établissement.

Des ressources futures incertaines

L'incertitude existe sur le volume global des ressources mobilisables mais aussi sur certains points particuliers. Certains établissements auront à faire face à des besoins d'investissements immobiliers, presque tous au financement de l'évolution de leurs systèmes d'information. Une éventuelle extension de la T2A à la psychiatrie et aux soins de suite et de rééducation est possible tout autant qu'un rééquilibrage entre les activités financés par la T2A et les autres (consultation, expertise, coordination ou éducation thérapeutique). Le financement des soins de longue durée est également en débat.

Schémas

En quoi ce schéma permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

Adapter les parcours de santé aux besoins des franciliens

Dans un certain nombre de domaines la prise en charge hospitalière est unique et le problème est réglé sans autre besoin que celui d'une surveillance. Mais dans la majorité des cas la prise en charge est à épisodes multiples avec des intervenants divers. Lieux, temps et acteurs de la prise en charge se différencient. L'hôpital est un acteur parmi d'autres, aval d'un amont antérieur et amont d'un aval qui lui fera suite. Dans ces séquences l'échange d'information et la coordination sont primordiaux. Ils sont aujourd'hui perfectibles.

Certains parcours sont aujourd'hui sources de débat. Ainsi en est-il de l'hospitalisation des personnes âgées, souvent issue d'une admission préalable par les services d'urgence. Une partie de ces hospitalisations est sans doute évitable : une partie de celles qui ne le sont pas pourraient sans doute éviter le passage aux urgences. Une partie de celles qui fréquentent les urgences pourraient être admises plus rapidement dans un service d'hospitalisation. Les dysfonctionnements aujourd'hui observés justifient le choix par l'agence de retenir ce sujet comme un programme prioritaire.

L'idée que l'on puisse si nécessaire faire évoluer les capacités de court séjour (de chirurgie par exemple) pour des structures médicales notamment d'accueil des polyopathologies est en débat.

Une autre évolution attendue des parcours concerne la place de la prévention et de l'éducation thérapeutique: ainsi en est-il pour la prise en charge des AVC, des insuffisants rénaux, des insuffisants cardiaques voire de certaines prises en charge des personnes âgées (prévention des chutes, prévention de la dénutrition).

Pour certains sujets la prise en charge préhospitalière conditionne largement la réussite des suites: ainsi le suivi de grossesse – plus particulièrement dans les situations de difficulté sociale ou autre- mérite une articulation renforcée avec les acteurs du premier recours.

Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Il y a plusieurs aspects en la matière. La coopération interhospitalière est indispensable pour maintenir une couverture et une gradation des soins équilibrées. Ainsi les établissements périphériques de la région pourraient connaître une diminution de leur attractivité pour les jeunes médecins: une collaboration avec des établissements plus attractifs peut être en mesure de réduire les risques qui en découlent. Il en est de même pour les établissements psychiatriques périphériques.

Schémas

Une autre dimension des collaborations concerne les acteurs hospitaliers et ceux de la prévention, du premier recours ou du secteur médicosocial. C'est souvent pour la prise en charge des maladies chroniques que des coordinations sont à renforcer et une réelle continuité des soins à établir. Des expérimentations sont prévues sur ce point pour faciliter et soutenir la prise d'initiatives. L'un des objectifs est donc d'accompagner cette mutation stratégique des établissements de santé.

C'est aussi dans une logique de collaboration que les futures autorisations d'imagerie devraient être délivrées que ce soit pour améliorer l'accès du plus grand nombre de professionnels aux nouvelles techniques, pour répondre – parfois à distance par télémedecine – à des besoins d'expertise particulières, ou aussi pour satisfaire à la permanence des soins.

Enfin, l'amélioration de la santé des détenus repose, en principal sur les collaborations des établissements hospitaliers concernés et des établissements pénitentiaires. Collaboration et mutualisation sont au cœur des nécessités.

Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

La première dimension est de parvenir à une répartition équilibrée de l'offre sur le territoire régional. Cet équilibre varie fortement selon la nature des activités ou celle des équipements. Une des autres actions envisagées est de s'inscrire dans la perspective du projet du Grand Paris sujet qui excède la dimension hospitalière.

La dimension territoriale est également fortement présente pour les actions à entreprendre en matière de démographie médicale et paramédicale. Elle l'est tout d'abord par le choix de proposer deux cibles géographiques prioritaires : la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Elle l'est aussi par l'ouverture d'un débat sur la possible territorialisation de la responsabilité des facultés de médecine.

Maintes fois évoqué le recours à des expérimentations cherchant à innover et à associer des offreurs divers devra épouser les situations locales. Une évolution du rôle de l'agence vers celui d'animateur local est envisagée à ce titre.

Au total ce schéma modifie peu les implantations mais incite à des mutations organisationnelles de plus grande ampleur. Il s'inscrit ainsi dans la transition qui voit peu à peu émerger la notion, en construction, de médecine de parcours, anticipation elle-même d'une possible responsabilité populationnelle future des offreurs de soins.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
<p>Axe 1 : Délivrer et renouveler les autorisations d'activité et d'équipement</p> <p>Le calendrier prévisionnel de début de procédure relatif aux autorisations sanitaires est le suivant :</p> <p>S'agissant de la procédure initiale d'autorisation :</p> <p>pour les activités de soins et équipements lourds pour lesquels des créations sont prévues au schéma, mise en œuvre dès le début 2013 de la procédure habituelle,</p> <p>2013 : gestion de la procédure spécifique relative à l'activité de génétique.</p> <p>S'agissant de la procédure de renouvellement (procédures globales) :</p> <p>2013 : activité d'AMP-DPN (janvier 2013), activité de traitement du cancer (juin 2013),</p> <p>2014 : activité de soins de suite et de réadaptation (juillet 2014), activité de cardiologie interventionnelle (décembre 2014),</p> <p>2015 : activités de greffes, de neurochirurgie, de neuroradiologie, de traitement des brûlés (avril 2015), activités de médecine, de chirurgie, de soins de longue durée (SLD) et de psychiatrie (juin 2015).</p>		X	X
<p>Axe 2 : Contractualiser avec les titulaires d'une autorisation d'activité ou d'équipement (530 contrats)</p> <p>Action/priorité 1 : Répartition des établissements en trois vagues compte tenu de l'échéancier retenu</p> <p>Action/priorité 2 : Lancement de la campagne d'information et de sensibilisation à l'automne 2012</p> <p>Action/priorité 3: Négociation jusqu'en juin 2013</p> <p>Action/priorité 4: Signature du contrat ou du socle minimum en juin 2013</p>		X	X

Schémas

Axe 3 : Définir les programmes prioritaires et assurer leur mise en œuvre			
Action/priorité 1 : Définir et mettre en œuvre le programme « Améliorer l'aval des services d'urgence »	X		
Action/priorité 2 : Négocier le contenu du programme prioritaire de la Seine-Saint-Denis en matière de démographie médicale et paramédicale (programme transversal)		X	
Action/priorité 3 Négocier le contenu du programme prioritaire de la Seine-Saint-Denis en matière de démographie médicale et paramédicale (programme transversal)		X	
Axe 4 : Accompagner les réorganisations hospitalières et les projets de coopération			
Action/priorité 1 : Suivi d'une vingtaine de projets de coopérations en retenant les priorités de chaque département			X
Action/priorité 2 : Conduite à son terme de l'organisation de la permanence des soins			X
Action/priorité 3 : Rendre les projets d'investissements compatibles avec les besoins et avec les capacités de financement		X	
Axe 5 : Préparer les expérimentations, les négocier et assurer leur mise en œuvre (projet transversal)			
Action/priorité 1 : Définition du nombre de cibles souhaitées avec répartition territoriale	X		X
Action/priorité 2 : Négociation d'un cahier des charges avec les partenaires	X		X
Action/priorité 3 : Lancement et sélection d'une première série de projets	X		X

Schémas

<p>Axe 6 : Renouveler le pilotage du CHU</p> <p>Action/priorité 1 : Définir le cahier des charges à respecter pour l'élaboration du plan stratégique de l'AP-HP</p> <p>Action/priorité 2 : Renforcer l'implication du CHU et des universités dans la solution des problèmes démographiques médicaux et non médicaux de la région en associant les autres partenaires concernés</p>			<p>X</p> <p>X</p>
<p>Axe 7 : Participer à la réflexion relative au Grand Paris (projet transversal)</p> <p>Action/priorité 1 : Suivre et participer aux réflexions en cours</p> <p>Action/priorité 2 : Le moment venu évaluer les impacts pour la couverture des soins assurée par les établissements hospitaliers</p> <p>Action/priorité 3 : Proposer un ou des scénarios d'évolution de l'offre hospitalière et construire progressivement un schéma directeur de l'immobilier régional</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
<p>Axe 8 : Accompagner l'évolution de certains systèmes d'information et la mise en œuvre de la télémédecine (projet transversal)</p> <p>Action/priorité 1 Participer à la refonte du CERVEAU et assurer un système d'information régional pour les urgences</p> <p>Action/priorité 2 : Suivre les expériences de télémédecine associant des établissements hospitaliers</p>	<p>X</p> <p>X</p>		

Schémas

LE SCHEMA MEDICO-SOCIAL

Introduction

Le secteur médico-social se caractérise par sa **diversité**, tant au niveau de la **population** à laquelle il s'adresse qu'au niveau de la **richesse des dispositifs de prises en charge et d'accompagnement**. Il comprend aussi bien des établissements pour enfants ou adultes handicapés que des services d'hébergement pour des populations fragiles voir marginales ou encore des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans un contexte social, économique et démographique complexe, la **prise en charge médico-sociale** implique d'examiner la situation de la personne dans sa **globalité**, en prenant en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social.

Pour cela, parmi l'ensemble des populations bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale, trois catégories sont visées par le **schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)** : les **personnes âgées**, les personnes **handicapées** et les personnes en **difficultés spécifiques**. L'état général de fragilité de ces personnes requiert qu'une vigilance toute particulière soit portée à leur parcours de vie et de santé afin de leur proposer un **accompagnement sanitaire et social global, coordonné et adapté**.

Elaboré dans une dynamique de **concertation** et situé au carrefour de l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne fragile, ce schéma s'attache à améliorer l'**organisation** et la **coordination** de la prise en charge des usagers.

Au-delà des spécificités propres à chacune des populations visées par le SROMS, le secteur médico-social se caractérise par un certain nombre d'**enjeux communs** auxquels il convient de répondre selon une approche transversale.

En premier lieu, le secteur médico-social s'inscrit dans le cadre de la transition épidémiologique, qui se caractérise par une prévalence toujours plus importante des **maladies chroniques** et, sous l'effet du progrès technique et thérapeutique, par la régression des maladies infectieuses. Le vieillissement démographique et la **croissance des situations de dépendance physique et psychique** qui en résultent représentent un défi médical, social, financier et organisationnel majeur, qui oblige le secteur médico-social à se réformer. De même, l'évolution épidémiologique et démographique de la population fait du **handicap** une préoccupation sociale d'importance croissante. Les progrès de la médecine ainsi que l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des guérisons sans « restitution ad integrum » multiplient le nombre de personnes vivantes avec des incapacités de plus en plus lourdes et une autonomie réduite. Par ailleurs, la problématique des personnes **handicapées vieillissantes** se pose de façon accrue puisque toutes les projections anticipent une augmentation significative de la population handicapée âgée de 46 à 59 ans.

Schémas

Dans le cadre général de l'allongement de la durée de vie, l'enjeu de **qualité du vieillissement** et par conséquent de la prévention et du dépistage dès le plus jeune âge, est prégnant.

Autre enjeu majeur du SROMS, l'amélioration de la **connaissance des besoins** des Franciliens. En effet, les **lacunes** sur l'estimation du nombre de personnes concernées par une situation de handicap ou de perte d'autonomie, sur la description de leurs difficultés et l'évaluation de leurs besoins sont patentées et doivent être corrigées afin de définir des politiques publiques organisant efficacement ces secteurs.

Il convient également de garder à l'esprit que d'importantes **contraintes financières** existent. Ainsi, les exigences en termes de qualité et de réponse aux besoins qu'expriment les personnes fragiles ou dépendantes doivent être conciliées avec l'objectif de maîtrise des dépenses publiques.

La **réduction des inégalités territoriales de santé** constitue également un enjeu majeur de réorganisation pour le secteur, au sein duquel la question de la **proximité** des structures est primordiale. A cet égard, la **répartition géographique** des structures médico-sociales franciliennes doit être mieux équilibrée. La question du reste à charge est elle aussi essentielle puisqu'elle conditionne l'**accessibilité économique** des personnes aux structures médico-sociales.

En outre, avec des ressources dont l'évolution sera plus contrainte que par le passé, la réponse aux nouveaux besoins suppose de poursuivre la réorganisation du secteur, en favorisant une **démarche d'efficience** encore insuffisamment répandue. Il s'agira d'allier qualité, accessibilité et performance économique afin d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale.

Enfin, dans le contexte actuel, les **aidants familiaux** deviennent des acteurs clefs de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile de la personne dépendante, en situation de handicap ou confrontée à une addiction. Le soutien aux quelques 4,3 millions d'aidants familiaux est donc une priorité, étant établi que l'aide qu'ils seront en mesure d'apporter aux personnes fragiles sera d'autant plus importante qu'ils seront soutenus, formés et accompagnés.

Devant ces multiples enjeux et dans un contexte financier contraint, associé à l'évolution des besoins des personnes, le SROMS s'attache à **restructurer l'offre médico-sociale** afin de dégager des moyens et d'opérer des redéploiements de ressources pour proposer une offre médico-sociale diversifiée, adaptée et accessible aussi bien économiquement que géographiquement.

Deux **axes stratégiques** fondamentaux ont vocation à présider aux objectifs du SROMS pour les cinq prochaines années :

- Organiser une **offre médico-sociale adaptée** et de **proximité**, entre prévention, soins et accompagnement ;
- Améliorer la **qualité de l'accompagnement** pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes.

Schémas

1 Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

1.1.2 Une volonté commune de prise en compte des évolutions du secteur médico-social

Les progrès de la médecine ainsi que les aspirations nouvelles des personnes fragiles conduisent à une **évolution sensible des besoins de prise en charge** médico-sociale. La prévalence de certains handicaps diminue tandis que d'autres troubles progressent ; le choix d'un accompagnement à domicile est opéré par un nombre croissant de personnes âgées ; le concept d'addictologie se répand et redessine l'offre de soins proposée aux personnes confrontées à des addictions, etc. L'Ile-de-France est aujourd'hui une des régions les plus à même de **répondre à ces évolutions**, en termes de capacités médicales, de recherche, d'innovation ou simplement de volonté des acteurs.

1.1.3 Une multiplication des actions innovantes

Afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins des Franciliens et d'accompagner les personnes fragiles dans les meilleures conditions, il convient de **favoriser les actions innovantes**. Ainsi, dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées par exemple, les travaux menés pour la préparation du schéma ont permis d'échanger sur les différentes expériences menées en Ile-de-France pour prendre en charge les enfants ou adultes handicapés de façon différente, ou de faire émerger des conceptions nouvelles d'accompagnement.

Ces actions innovantes, **promues par l'ARS** (développement des modes d'accueil permettant une mixité des populations ou mise en place de studios expérimentaux dans les foyers de vie avec un éducateur référent), permettent **une amélioration** nette de la situation des personnes fragiles et doivent être pérennisées.

1.2 Faiblesses/Points faibles

1.2.1 Une précarisation croissante d'une frange de la population francilienne

Les données disponibles concernant les personnes en difficultés spécifiques sont multiples, diverses et éparses. Toutefois, certains indicateurs retenus font apparaître une forte **précarisation d'une frange de la société française**, phénomène amplifié par les conséquences de la crise économique et financière démarrée en 2008. Particulièrement aigue en Ile-de-France, la précarité recouvre des **situations diverses** : il peut s'agir de personnes sans logement ou en hébergement précaire, de travailleurs migrants, de personnes incarcérées ou sortant de prison, de jeunes en rupture familiale... Les populations précaires sont plus nombreuses en Ile-de-France que sur

Schémas

le reste du territoire métropolitain et, au sein de la région, **plus concentrées dans certains départements**, en Seine-Saint-Denis notamment.

1.2.2 Une répartition de l'offre hétérogène et inégale selon les territoires

La **répartition des structures médico-sociales** franciliennes apparaît aujourd'hui comme **non-optimale** au regard des évolutions démographiques et des besoins exprimés par les personnes. De profonds **déséquilibres** existent en termes de répartition de l'offre, notamment en EHPAD ou en CSAPA, particulièrement entre le centre (Paris et la petite couronne) et la périphérie (grande couronne). Cela ne garantit pas un égal accès de proximité, pourtant indispensable. Ainsi, si 90% des Seine-et-Marnais trouvent une place en EHPAD dans leur département, seuls 45% des Parisiens y parviennent, pour des raisons de capacités mais aussi pour des raisons de tarification. De même, la **répartition des structures pour polyhandicapés** est **disparate**, avec une offre particulièrement faible à Paris et relativement abondante dans le Val-de-Marne. L'offre en **addictologie** est elle aussi inégalement répartie : si l'Essonne compte dix sites d'implantation des automates distributeurs échangeurs de seringues, un seul site est recensé dans les Yvelines.

1.2.3 Des capacités en taux d'équipement insuffisantes et inégalement réparties

Les **capacités** de l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France sont **en deçà du niveau national** au regard des **taux d'équipement**. Malgré des efforts importants de création de places ces dernières années, il n'est pas toujours facile pour la personne fragile ou son entourage de trouver une solution d'accompagnement adaptée et de proximité. Ainsi, le taux d'équipement en places installées pour enfants handicapés est de 7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans quand la moyenne nationale est de 8 places et le taux d'équipement en EHPAD en hébergement complet est de 76 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre environ 90 au niveau national.

Par ailleurs, les **inégalités** en termes de taux d'équipement **entre les départements** franciliens sont fortes et l'accessibilité économique n'est pas garantie de manière équitable selon les territoires.

1.2.4 Une pénurie de jeunes professionnels préoccupante

La situation de l'Ile-de-France est paradoxale : si la région dispose d'un appareil de formation conséquent (IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens,...), la **pénurie de professionnels** (notamment du secteur médico-social) est forte. Ainsi, une part importante de jeunes diplômés quitte la région peu après leur formation, ce qui fragilise les établissements et services qui se retrouvent confrontés à des **problèmes de recrutement**, de turn-over et de postes vacants.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le nombre de professionnels paramédicaux et sociaux en charge de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est **appelé à croître** à un rythme soutenu du fait des créations de postes dans les établissements et services médico-sociaux.

Schémas

1.2.5 Des ruptures de parcours trop fréquentes

La **complexité du parcours** de la personne handicapée (du diagnostic du handicap à la multiplicité des prises en charges adaptées) comme de la personne âgée (des différents signes annonciateurs d'une maladie ou d'une perte d'autonomie à l'accompagnement entre des structures de soins et médico-sociales et le domicile) ou de la personne confrontée à des difficultés spécifiques (des ruptures de prise en charge renforcées par des difficultés d'accès à l'hébergement ou des personnes souffrant de comorbidités somatiques et psychiatriques complexes) engendre encore trop souvent des **ruptures néfastes dans la prise en charge**. Souvent dues à un **manque de coopération** et de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge, elles doivent être combattues.

1.2.6 Un manque de prise en compte de la situation des aidants

Acteurs clés des parcours de vie des personnes âgées, handicapées ou en difficultés spécifiques, les aidants ont longtemps été négligés. Il est aujourd'hui démontré que le **rôle d'aidant**, sans soutien adéquat, a des **conséquences négatives sur la santé**, voir sur la mortalité, en raison notamment de la charge de travail et du sentiment d'isolement ressenti par ces personnes. L'amélioration du soutien aux aidants est donc un enjeu fort en termes d'espérance de vie et désormais une priorité de santé publique, à laquelle le SROMS souhaite répondre.

2 En quoi ce schéma permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

2.1 Adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens

Le SROMS d'Ile de France a pour objectif de structurer l'offre médico-sociale de telle sorte que les **parcours de santé** soient **adaptés** aux besoins des personnes et **accessibles** à l'ensemble des Franciliens, aussi bien géographiquement qu'économiquement.

Il convient donc d'adapter ces parcours, de la prévention à l'insertion/réinsertion sociale et professionnelle, en incluant l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce, la réduction des risques, le diagnostic, la prise en charge médicale et psychologique/psychiatrique, la prescription et le suivi des traitements, la prise en charge sociale et éducative.

Dans ce cadre, la question de la **proximité** est essentielle pour le champ médico-social du fait des **besoins** croissants d'une population cible conséquente et de la **nature des prestations** délivrées. En outre, le choix des solutions de prise en charge les mieux adaptées ne doit pas être entravé par des questions économiques.

Schémas

De même, la **lutte contre la perte d'autonomie** appelle une **approche intégrée** de chaque situation de santé, selon le triptyque prévention / prise en charge / accompagnement. Il convient dès lors d'identifier, de promouvoir et de développer des actions individuelles et collectives, intégrant des approches diversifiées et adaptées aux publics concernés. Par ailleurs, la **réduction des inégalités territoriales de santé** passe par l'amélioration, la structuration et le renforcement de l'offre et des réponses en matière de prévention, de soins, et de suivi.

Enfin, le contexte financièrement contraint dans lequel cette réorganisation sera mise en œuvre suppose de dégager en parallèle des **marges de manœuvre**, qu'elles soient internes au champ médico-social ou en lien avec le champ sanitaire ou ambulatoire. Les moyens qui seront dégagés pourront ainsi être **redéployés** vers de nouveaux dispositifs et structures répondant aux **nouveaux besoins** des populations.

2.2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

La loi du 2 janvier 2002 exhorte les établissements et services médico-sociaux à **évaluer la qualité** de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent. Si de nombreuses actions sont menées dans ce sens afin d'apporter à la population fragile un service efficace et adapté, la grande diversité et la spécificité des structures médico-sociales rendent difficiles une définition uniforme de la qualité. Cette notion intègre une **double approche** promue par le SROMS: celle des **moyens mis en œuvre** pour atteindre un niveau optimal du service rendu et celle du **résultat attendu et perçu** par le bénéficiaire.

La qualité de l'accompagnement, de la prise en charge et des soins intègre à la fois les préoccupations de **sécurité** et d'expertise, l'amélioration des **pratiques professionnelles**, la **diversité** des modes de prise en charge et le renouvellement des **autorisations** des équipements médico-sociaux. A cet égard, la **continuité** de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire le respect du parcours de santé du patient, est un **gage de qualité**.

Face au caractère fréquemment non linéaire des parcours de vie et de santé des personnes fragiles, faits de crises ou décompensations, de rétablissements, de rechutes, mais aussi de stabilisations voire de consolidations, une **coordination étroite** des différents acteurs qui concourent à la prise en charge des patients est indispensable afin de garantir la **fluidité du dispositif** (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social). Dans cette optique, les **coopérations**, qu'il appartient à l'ARS de promouvoir, doivent non seulement être favorisées entre les établissements et services médico-sociaux mais également entre les structures médico-sociales et les acteurs ambulatoires, hospitaliers et sociaux afin de proposer aux personnes fragiles une prise en charge globale, coordonnée et sans rupture.

Autre point clé pour assurer un accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, la nécessité de **disposer de professionnels compétents et en nombre suffisant**. Dans cette optique, dynamiser le **recrutement** de nouveaux professionnels paramédicaux et sociaux constitue une priorité impérieuse, qui nécessite d'adopter une **vision**

Schémas

d'ensemble en matière de démographie et de formation des professionnels, d'apprécier et d'anticiper les besoins de formation et de veiller à ce que les formations dispensées traitent des problématiques du vieillissement, du handicap et des difficultés spécifiques. La **valorisation des métiers** du médico-social passe notamment par des actions de promotion auprès des écoles d'infirmières et d'autres professionnels paramédicaux ainsi que par la **diversification** des parcours professionnels.

Enfin, le contexte financier contraint dans lequel s'opère la restructuration de l'offre médico-sociale impose de développer et de renforcer une **logique d'efficience** afin de dégager des marges en termes d'efficacité et de productivité et d'éviter toute dépense inutile. Cette démarche a pour but de toujours mieux servir l'utilisateur et de gérer de manière optimale les deniers publics. Dans la recherche d'efficience, il importe donc d'**évaluer** la pertinence des actions, leur qualité, l'optimisation de l'allocation des ressources et la performance globale du système.

Dans cette perspective, la **coopération** entre établissements est une nécessité impérieuse afin de **mutualiser les ressources** et d'**éviter les ruptures de parcours** coûteuses, inefficaces et préjudiciables aux personnes fragiles. Le rôle de l'ARS sera naturellement d'accompagner les offreurs et les gestionnaires dans cette démarche de restructuration.

2.3 Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Les populations concernées par le SROMS ont en commun d'être particulièrement fragiles et vulnérables. Elles nécessitent un accompagnement de qualité qui réponde à leurs aspirations et leur assure une **prise en charge adaptée et globale**. L'offre médico-sociale se situe en effet en **complémentarité** des offres existantes dans le champ social, sanitaire et ambulatoire et se caractérise notamment par les notions de proximité, de pluridisciplinarité, d'accompagnement au long cours.

C'est donc un **parcours de vie et de santé** qu'il convient d'organiser autour des personnes fragiles, permettant une **approche intégrée** entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale, au plus près de la réalité des territoires.

La restructuration de l'offre médico-sociale disponible dans la région Ile-de-France doit en conséquence permettre de **corriger les déséquilibres** de l'offre médico-sociale et de **répondre aux évolutions** du secteur (progrès de la médecine, aspiration au maintien à domicile, concept d'addictologie, etc.) à travers la mise en place d'une **vision commune cohérente, adaptée aux territoires**. Les orientations et les dispositifs d'évaluation et d'amélioration du secteur médico-social prévus par le SROMS sont donc centrés sur la volonté d'offrir aux personnes fragiles et à leurs proches des pratiques professionnelles de qualité, une prise en charge respectueuse de leurs besoins, de leur singularité et de leurs attentes.

Dans ce cadre, le schéma s'attache notamment à développer une **culture de la bientraitance** et à en faire un sujet de préoccupation majeur des structures médico-sociales de la région (diffusion de bonnes pratiques, actions de sensibilisation et de formation des personnels, etc.). Il s'agit également de prévenir et de **lutter contre la**

Schémas

maltraitance, notamment en désignant dans chaque délégation territoriale un correspondant maltraitance, en veillant avec les conseils généraux à l'harmonisation du suivi et du traitement des plaintes au sein des établissements et en étant attentif au suivi des recommandations formulées aux établissements dans le cadre d'inspections et à l'application des injonctions et/ou sanctions émises à l'encontre des établissements ou services en cas de manquements graves.

Enfin, une politique de santé médico-sociale efficace ne peut se permettre de laisser de côté les **aidants**. En effet, l'entourage (aidants familiaux, amis, voisins..) a un **rôle indispensable et primordial** à jouer dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, rôle appelé à se renforcer avec l'augmentation des prises en charge à domicile. Dans ce cadre, la **prise en compte de la santé des aidants** est désormais une priorité de santé publique, car l'accompagnement et le soutien offert à la personne fragile sont d'autant plus efficaces et de qualité que l'aidant est en bonne santé et car il est aujourd'hui démontré que le rôle d'aidant, sans soutien adéquat, a des conséquences négatives sur la santé. L'amélioration de la santé des aidants passe par différentes actions visant d'une part à les **soutenir** et les **accompagner** (formations, plateformes de répit, accueils de jour, reconnaissance du statut d'aidant, actions de prévention de la dépendance, etc.) et d'autre part à **renforcer le lien aidants-professionnels** pour une approche continue et globale de la personne fragile.

Schémas

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité			
Action/priorité 1 : Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés	X	X	X
Action/priorité 2 : Restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations		X	X
Action/priorité 3 : Renforcer une logique d'efficience du système	X	X	X
Axe 2 : Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes			
Action/priorité 1 : Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie	X	X	X
Action/priorité 2 : Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes	X	X	X
Action/priorité 3 : Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics	X	X	X
Action/priorité 4 : Développer une démarche de bientraitance	X	X	X
Action/priorité 5 : Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)	X	X	X
Action/priorité 6 : Valoriser les métiers du médico-social		X	X

Programmes

LES PROGRAMMES

Programmes

LE PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS)

Introduction

Le **programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)** est un programme destiné à tous les professionnels concernés par l'accès à la prévention et aux soins ainsi que par la prise en charge sanitaire et médico-sociale des **publics démunis ou en situation de vulnérabilité sociale**. Outil de concertation et de coordination d'actions mis en place par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, il constitue un des quatre programmes obligatoires du projet régional de santé (PRS) mais se place dans une **logique de complémentarité** postérieure à l'élaboration des schémas et autres programmes, qui se veulent prospectifs. Tel qu'il est signé aujourd'hui, le PRAPS constitue un outil de valorisation des actions existantes mais surtout l'énumération indispensable des **principes** présidant à sa **mise en œuvre**. Cette dernière se fera progressivement, en s'appuyant sur les savoir-faire développés et dans le respect du temps vécu des acteurs de terrain.

Dans un système où les inégalités de santé sont prégnantes, le PRAPS s'attache à répondre à divers **enjeux**, avec l'objectif principal d'orienter l'action de l'ARS afin de favoriser un **accès facile et égalitaire** à la prévention et au système de santé, et de construire de la **cohérence** dans le parcours de vie et de santé des personnes les plus démunies. Partant du constat que les **déterminants de la santé** des populations, en particulier des populations démunies, ne sont pas directement de la compétence de l'ARS puisqu'ils concernent l'hébergement/logement, la nourriture, la sécurité, l'accès à une couverture maladie, les transports ou le revenu, le PRAPS s'évertue à souligner le rôle central « du **travailler ensemble** » pour renforcer l'accès et l'efficacité des soins à tous les niveaux, tout en tenant compte des **limites du système de santé**.

Afin de faire progresser la **qualité des soins et de la prévention** auprès des personnes démunies mais également de mieux prendre en compte les **risques de précarité** pesant sur les autres usagers du système de santé du seul fait de la maladie, le PRAPS s'engage à :

- Permettre à la région de disposer dans cinq ans d'un certain degré d'organisation et de **coopération partenariale** en santé ;
- Mettre de la **cohérence** dans l'existant, en particulier pour renforcer les pratiques de coopération ;
- Développer les **sujets peu investis**, aux problématiques récurrentes ;

Programmes

- Faire évoluer les **dispositifs spécifiques** tels que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), destinés à faciliter l'accès des personnes démunies aux établissements de santé de droit commun ;
- Jouer un **rôle d'interpellation** en vue de la mise en place de politiques publiques communes et cohérentes, voire **d'accompagnement**, dans une approche préventive, afin d'éviter que le droit commun ne fabrique de lui-même de la précarité, si ce n'est de l'exclusion.

Les projets découlant de ces engagements peuvent être spécifiquement dédiés à l'attention de certaines populations démunies ou d'un territoire particulier, mais s'attachent globalement à **adapter** l'ensemble du système de santé (en particulier l'offre de soins) aux **réalités sociales** qui actuellement prévalent et sont autant d'obstacles pour les personnes les plus démunies. En particulier, le PRAPS combat ardemment les effets pervers du renoncement aux soins et de l'inadéquation des soins de premier recours.

Levier majeur pour le **changement des pratiques** et le développement des **partenariats**, ainsi que pour la mise en œuvre de la notion de **parcours de santé**, le PRAPS constitue un véritable **cahier des charges** pour l'ensemble de l'action de l'ARS Ile-de-France.

Diagnostic 2012

1.1 Forces/Points forts

Un véritable potentiel d'acteurs engagés et un volume de compétences conséquent

Le PRAPS affirme une **exigence de résultat** auprès des professionnels de l'ensemble de l'Agence. Pour atteindre ce résultat, en sachant qu'en termes de modification des pratiques les effets sur la santé des publics visés ne seront pas mesurables avant une dizaine d'année, le PRAPS s'appuie sur un **réseau** et un potentiel d'acteurs engagés aux **capacités d'innovation** importantes et aux **compétences multiples**. Ainsi, le volume d'offre de soins est loin d'être négligeable, en dépit de sa mauvaise répartition.

Une prise de conscience croissante de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire

Face aux inégalités de santé, on observe un développement de l'engagement et une prise de conscience générale des acteurs de la santé de la **nécessité d'une approche transversale et pluridisciplinaire** pour mieux prendre en compte les questions de précarité. Fortement dépendant des partenariats qu'il saura créer, le PRAPS apparaît dans cette optique comme un outil pédagogique pertinent.

Programmes

Faiblesses/Points faibles

Une forte diversité des acteurs et des dispositifs cloisonnés

Si les acteurs sont nombreux, les approches qu'ils adoptent sont souvent fortement sectorielles et thématiques, ce qui pose un problème de **cloisonnement**. La multiplicité des dispositifs et des moyens à disposition contribue à accroître ce problème, tout en favorisant une forte **hétérogénéité** qui peut nuire à l'efficacité des dispositifs.

Des difficultés d'environnement de vie inhérentes à l'Ile-de-France

En Ile-de-France, les questions d'**hébergement** et de **logement**, qui impactent directement l'état de santé des populations, notamment des plus démunies, sont particulièrement problématiques. Ajoutées à l'inadéquation relative entre l'offre de santé (en particulier pour les soins de premiers recours) et les besoins des populations, qui pose des **problèmes d'accessibilité géographique**, ces questions ont un effet négatif sur la qualité de la santé des personnes vivant en Ile-de-France, en particulier les plus précaires.

Une difficulté à valoriser les initiatives innovantes

Si les initiatives innovantes ponctuelles sont nombreuses, il existe dans la région un problème pour les **valoriser** et les **généraliser**, les développer à plus grande échelle.

Des problématiques récurrentes et complexes

Enfin, en dépit des efforts et de l'engagement des acteurs de la prévention et des soins, certaines **problématiques** restent difficiles à traiter et par conséquent **non résolues**. C'est le cas notamment de la problématique des **sortants de prison**.

En quoi ce programme permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

Adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens

La discontinuité dans les parcours de santé et de vie des personnes démunies occasionne de véritables **ruptures de prises en charge**, notamment lors de la sortie d'hospitalisation ou de LHSS, de la prise en charge périnatale, du suivi ambulatoire en cas de maladies chroniques, d'addictions ou de pathologies mentales ou des sorties de prison ou de centres de rétention.

Programmes

Le PRAPS étant un **programme transversal**, prenant en compte les aspects de prévention et d'éducation à la santé, les soins et services sanitaires et médico-sociaux, mais également la réinsertion et le suivi, il favorise l'instauration de **parcours de santé plus fluides et plus compréhensibles**. Cela passe notamment par la promotion d'un **accompagnement pluridisciplinaire**, au plus proche de la réalité de vie des personnes démunies, et par une meilleure **articulation** entre les différents maillons de la prise en charge.

Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

La **coopération** comme élément indispensable pour la qualité et l'efficacité de l'offre de santé, tel est l'un des axes stratégiques prioritaires du PRAPS.

A tous les niveaux, le PRAPS favorise la rencontre, la discussion et le travail des acteurs et partenaires de la santé. Les questions posées par la précarité (ou les risques de précarité du fait d'une maladie) sont en effet trop complexes pour être traitées par le seul système de santé, ou le seul service de santé impliqué. Il s'agit d'**harmoniser** les pratiques, de **coordonner** les prises en charge, de rendre plus **cohérentes** les actions et les politiques. Cela exige que les acteurs puissent légitimement s'inscrire dans ces **travaux collectifs**, ce qui suppose un dispositif de coordination opérant que le PRAPS s'efforce de mettre en place.

Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Le PRAPS est un programme régional dont la construction et la mise en œuvre nécessitent un **ancrage sur le terrain**, au cœur même des territoires.

En effet, les caractéristiques de la pauvreté peuvent varier fortement d'un territoire à l'autre. Le PRAPS s'attache en conséquence à prendre en compte les **spécificités des situations locales** et à intégrer les expériences existantes, quel que soit leur degré de maturation, indiquant par-là même les situations concrètes sur lesquelles travailler. Pour cela, les **délégations territoriales** de l'ARS jouent un rôle majeur, à la fois dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce programme.

Programmes

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité			
Action/priorité 1 : Accompagner systématiquement les personnes dans leurs parcours de santé, en intégrant la dimension sociale	X		X
Action/priorité 2 : Développer les compétences de proximité et d' « aller vers » des professionnels	X		X
Action/priorité 3 : Offrir la possibilité aux personnes démunies de devenir actrices de leur santé et de faire un meilleur usage du système de santé	X		X
Action/priorité 4 : Porter une attention particulière à la question des coûts et de la solvabilité		X	X
Action/priorité 5 : Inscrire le soin dans un contexte social prenant en compte l'amont et l'aval d'un épisode pathologique	X	X	X
Axe 2 : Adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies			
Action/priorité 1 : Déployer et rendre plus accessibles et lisibles les prestations de santé et de soins du droit commun	X		X
Action/priorité 2 : Favoriser et formaliser la pluridisciplinarité dans les « démarches de santé de proximité »	X	X	X
Action/priorité 3 : Renforcer et optimiser l'efficacité des dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement vers la prévention et vers les soins de droit commun	X		X
Action/priorité 4 : Favoriser la formation et l'accompagnement des acteurs de proximité dans une logique de renforcement du rôle des usagers sur leur propre santé	X		X
Action/priorité 5 : Introduire des enseignements sur les spécificités liées à la précarité dans les formations initiales et continues, et instituer des processus de formation interdisciplinaires			X
Action/priorité 6 : Prendre en compte les impératifs liés au virage épidémiologique, en particulier les maladies chroniques et les traitements ambulatoires			X

Programmes

Axe 3 : Développer les partenariats afin d'assurer l'accès aux droits fondamentaux et de s'assurer de leur pérennité			
Action/priorité 1 : Renforcer le pilotage territorial pour mieux organiser les constats, la circulation des informations et le « construire ensemble » au niveau régional, départemental et local		X	X
Action/priorité 2 : Associer les partenaires qui ne relèvent pas du champ de compétence de l'ARS mais dont les interventions peuvent avoir un impact sur la santé		X	X
Action/priorité 3 : Organiser les modalités de résolution des cas complexes		X	X
Axe 4 : Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion			
Action/priorité 1 : Renforcer les liens avec la recherche, les savoirs et favoriser le recueil d'informations		X	X
Action/priorité 2 : Garantir le suivi et l'évaluation du PRAPS en fonction des objectifs définis	X	X	X

Programmes

LE PROGRAMME TELEMEDECINE

Introduction

Le **programme régional de développement des activités de télémédecine** (PRT) constitue l'un des programmes spécifiques du projet régional de santé (PRS). Conformément au décret du 19 octobre 2010 qui donne aux ARS un rôle pivot dans la vérification de la conformité des dispositifs de télémédecine, le PRT de l'Ile-de-France définit les **conditions** requises pour la **mise en œuvre d'activités de télémédecine** dans la région à travers un **cahier des charges** de pré-requis. Il présente les premiers **axes de déploiement** prioritaires pour les 5 années à venir ainsi que la stratégie de **modernisation** des systèmes d'information de santé et de **mutualisation** des infrastructures régionales. Le PRT prévoit enfin une démarche régionale d'**évaluation** médico-économique et technico-économique des solutions déployées (service médical rendu et coûts associés) permettant de construire la stratégie de diffusion la plus pertinente à l'échelle régionale.

Définie comme « l'usage à distance de technologies de l'information à des fins médicales pour le dépistage/diagnostic, la consultation, l'expertise, la conférence, la surveillance, la transmission d'images et de données, et l'intervention thérapeutique », la télémédecine, au même titre que la modernisation des systèmes d'information de santé, constitue un **levier majeur d'amélioration de la performance du système de santé**. Dans cette optique, le PRT s'attache à répondre à plusieurs **enjeux** majeurs :

- Favoriser des **parcours de santé** plus **fluides** sur l'ensemble des territoires sans augmenter les inégalités d'accès aux soins ;
- Contribuer à assurer l'**accès**, la **permanence** et la **continuité** des soins dans tous les territoires en développant les pratiques de **coopération** ville/hôpital et de nouvelles organisations médicales ;
- Assurer la **conformité réglementaire** des activités de télémédecine et la **confiance** des patients et des acteurs dans ce nouveau mode de prise en charge ;
- Optimiser les **investissements** régionaux permettant la **modernisation** des systèmes d'information partagés : infrastructures techniques, logiciels, équipements et services fiables ;
- Favoriser l'**innovation** dans l'organisation des parcours de santé ;
- Construire des modèles économiques garantissant la **pérennité** et l'**efficacité** du système de santé.

Afin d'apporter la preuve des **services rendus par la télémédecine** dans une organisation plus efficiente du système de santé régional tout en garantissant une

Programmes

qualité et une **sécurité des soins au moins équivalentes** à une prise en charge traditionnelle, les actions prévues par le PRT favorisent la **mise en conformité** de toutes les activités de télémédecine déjà existantes et l'**harmonisation** des nouvelles pratiques. Elles visent également à soutenir les innovations et faire émerger des solutions sur des champs tels que le handicap, par l'intermédiaire d'appels à projets ciblés.

Plus particulièrement, le PRT prévoit les **modalités de déclinaison en région** des 5 priorités nationales de déploiement de la télémédecine comme suit :

- Permanence des soins en imagerie (projet régional en cours d'élaboration pour un déploiement à partir de fin 2013)
- Prise en charge de l'AVC (projet TELENEURO démarré pour un déploiement à partir de l'été 2013) ;
- Amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues (projet Télédermatologie déployé courant 2013);
- Prise en charge des maladies chroniques (déploiement de projets de télésuivi de patients obèses, insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux entre 2012 et 2015) ;
- Soins en structures médico-sociales ou en HAD (déploiement des projets en EPHAD et en HAD entre 2012 et 2015).

La mise en œuvre de ces diverses actions favorisera une **meilleure qualité de vie** des Franciliens grâce à la diminution des complications, séquelles et situations de crise entraînant une dégradation prématurée de l'état de santé du patient, et grâce à l'augmentation de la part de patients chroniques autonomes dans leur prise en charge journalière. Elle permettra également une amélioration de la **qualité de la prise en charge** en offrant une meilleure disponibilité des ressources médicales spécialisées, accessibles à distance à un plus grand nombre de patients. Enfin, elles contribueront à **réduire le taux de mortalité** pour certaines pathologies grâce à une meilleure observance des traitements au long cours et un suivi personnalisé.

1 Diagnostic 2012

Forces/Points forts

Un secteur porteur d'innovations et à fort potentiel

La télémédecine représente un secteur en pleine évolution et porteur de grandes **promesses d'innovation** à la fois dans les modes d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale, et dans la réponse apportée aux besoins de santé des populations. La **multitude d'acteurs** engagés et les **nombreux savoir-faire** existants en Ile-de-France, notamment au sein de l'AP-HP, doivent permettre de répondre à une **exigence de résultats** attendus par les services de l'Agence mais également par l'ensemble des opérateurs, professionnels et usagers de la région.

Programmes

En outre, l'attractivité dont fait l'objet la région du fait du haut niveau d'expertise médicale qu'elle concentre invite à la mise en œuvre de solutions innovantes pour répondre du mieux possible à la demande.

Une prise de conscience croissante de la nécessité d'une approche transversale tenant compte des possibilités offertes par la télémédecine

En France, et plus particulièrement dans la région Ile-de-France, se développe chez les acteurs des champs de la santé et du médico-social une prise de conscience de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, transversale et coordonnée pour **améliorer les parcours de santé**. Dans ce cadre, les perspectives offertes par la télémédecine ne peuvent être laissées de côté, et doivent pleinement s'intégrer dans cette approche transversale au service de la santé des Franciliens. Afin d'assurer cette coordination et de porter les programmes régionaux de SI, l'ARS a délégué la maîtrise d'ouvrage opérationnelle d'importants projets au GCS D-SISIF.

Un nouveau cadre juridique permettant le développement de la télémédecine en toute sécurité

L'article 78 de la loi HPST, le décret du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et les dispositions de l'article 29 ter de la LFSS 2010 ont donné une définition des actes de télémédecine et un cadre juridique pour les activités de télémédecine. En plaçant les ARS au centre du développement de la télémédecine, le décret a mis en avant **l'importance du territoire**.

Faiblesses/Points faibles

Une grande diversité des acteurs et des solutions techniques qui compliquent la construction d'une culture commune

La **diversité** et la multiplicité des acteurs en présence mais également des **solutions techniques** difficilement interopérables posent des problèmes en termes d'acceptation et de construction d'une culture partagée autour de la télémédecine. De même, il existe aujourd'hui une véritable **nécessité de mise en adéquation des moyens** pour répondre à la forte demande d'accompagnement au changement dans les organisations de travail, les pratiques professionnelles et les modes de coopération. La télémédecine impose des contraintes de sécurité et de disponibilité qui oblige à s'appuyer sur des infrastructures fiables. Pour exemple, l'absence de réseau régional Très Haut Débit dédié au secteur de la santé et du médico-social représente parfois un réel obstacle.

Des modèles économiques viables à construire

Malgré les progrès que la télémédecine permet d'envisager, les **modèles économiques** considérés comme viables et acceptables pour toutes les parties

Programmes

prenantes à une activité de télémédecine restent à **construire**. Un travail en ce sens est engagé en collaboration étroite avec les représentants régionaux de l'Assurance Maladie. En outre, le **financement de la modernisation** des systèmes d'information de santé et médico-sociaux (hospitaliers, équipements des professionnels libéraux, des structures médico-sociales, etc.) doit être mieux employé dans une démarche de mutualisation à l'échelle régionale.

2. En quoi ce programme permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

Adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens

Programme **transversal**, le PRT tient autant compte des aspects de prévention et d'éducation à la santé que des soins et services sanitaires et médico-sociaux, ou encore de la réinsertion et du suivi.

Dans cette optique, il contribue à la **fluidité des parcours de santé** en offrant des **solutions adaptées** à la situation particulière de la personne malade et de son entourage, ainsi qu'à celle des professionnels qui la prennent en charge : **télesuivi** des malades chroniques à domicile pour prévenir les complications et éviter des consultations non pertinentes dans un hôpital distant ; **téléconsultations** de débrouillage pour les personnes difficilement transportables (personnes âgées en EHPAD, personnes détenues) afin de décider de l'attitude thérapeutique à adopter (consultation de spécialité ou actes diagnostiques à programmer) ; **téléexpertises** en urgence pour mieux orienter et plus rapidement lorsque le spécialiste requis n'est pas présent sur le lieu de prise en charge du patient, etc.

En outre, le PRT vise à développer des activités de télémédecine qui améliorent l'**accès aux soins de premiers recours** mais également aux spécialités, réduisant ainsi les inégalités de santé dans tous les territoires. Il permet une meilleure **articulation** entre les différents maillons de la prise en charge, depuis l'hôpital jusqu'au domicile, en la personnalisant selon le degré d'autonomie du patient.

Enfin, il apporte une **aide aux professionnels isolés** dans leur pratique quotidienne afin de mieux orienter les malades très amont de l'histoire de leur maladie.

Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Les applications de télémédecine prévues par le PRT doivent permettre d'améliorer la qualité de l'offre de santé en proposant un **niveau au moins équivalent de qualité de prise en charge** au mode classique (« en présentiel »), tout en permettant un plus grand accès aux soins pour tous quelque soit sa localisation géographique.

Programmes

Ainsi, elles assureront par exemple le déploiement de **téléconsultations** entre des EPHAD et un établissement MCO afin d'offrir des consultations de spécialités programmées aux personnes âgées qui le nécessitent, sans les inconvénients du transport et dans des délais raccourcis. De plus, l'instauration d'un réseau de recours à distance et en urgence aux spécialités de neurologie (**projet TELENEURO**) garantira l'accès aux spécialistes depuis n'importe quel service d'accueil des urgences de la région, favorisant ainsi la diminution des pertes de chance liées au déplacement de patients suspectés d'AVC ou polytraumatisés. Le développement du **télésuivi** de la rééducation post-chirurgie orthopédique organisé par une structure HAD, au domicile de certains patients, accélérera quant à lui le démarrage de la prise en charge et évitera des hospitalisations possiblement longues en structures SSR.

Plus généralement, le télésuivi de malades chroniques permettra d'améliorer l'observance de leur traitement en offrant une **prise en charge personnalisée**. La télémédecine participera ainsi aux dispositifs d'éducation thérapeutique.

La télémédecine implique de fait une **coopération pluri-professionnelle** et la mise en place d'organisations médicales éprouvées engageant la responsabilité des professionnels impliqués.

Les pratiques médicales mises en œuvre feront désormais l'objet de **protocoles partagés** par tous les intervenants, médicaux et para médicaux, hospitaliers et libéraux. Ces relations seront systématiquement formalisées dans le cadre de **conventions** et, le cas échéant, dans des protocoles de coopération prévus à l'article 51 de la loi HPST. La **confiance** des professionnels dans ces nouvelles pratiques doit être acquise pour qu'ils y adhèrent, et pour que les patients consentent à ces modalités de prises en charge.

La qualité et la sécurité de ces pratiques sont aujourd'hui strictement encadrées par la **réglementation**, tandis que le PRT permet désormais à l'ARS de **garantir la conformité** d'une activité de télémédecine déployée dans la région par l'intermédiaire d'un contrat signé avec son coordinateur.

Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

Une activité de télémédecine n'est possible que s'il existe une **volonté des professionnels de santé de travailler ensemble** et de mieux coordonner leurs actions respectives. Dans la majorité des cas, la solution de télémédecine est adoptée quand un projet médical partagé entre plusieurs acteurs préexiste, soit au niveau d'une filière de prise en charge, d'un ou plusieurs territoires, soit à l'échelle régionale (pour le recours à des spécialités rares par exemple).

Les activités de télémédecine développées par le PRT répondront en premier lieu aux **besoins particuliers** identifiés par la communauté des acteurs du terrain, du sanitaire jusqu'au médico-social. Ces activités s'inscrivent dans une logique de **complémentarité** avec les organisations existantes, avec l'objectif d'apporter des solutions nouvelles aux besoins non couverts.

Programmes

Les **conventions** passées entre les opérateurs et professionnels impliqués, ainsi que la **contractualisation** avec l'ARS, seront les garanties d'une mise en œuvre concertée, opérationnelle et responsable. L'ARS veillera en particulier à ce que les activités de télémédecine soient ouvertes à la **diversité des acteurs potentiels** (libéraux, centres de santé, structures médico-sociales et hospitalières, publics et privés). Les acteurs des secteurs médico-sociaux tels que les conseils généraux et les communes, partenaires de l'Agence, seront également associés dans le champ de leur compétences (par exemple pour les solutions de télémédecine déployées dans les EHAPD).

Enfin, les **délégations territoriales (DT)** seront en première ligne dans la mise en œuvre du PRT, afin de valider la pertinence du déploiement des activités au regard des besoins particuliers du territoire et de suivre les effets de leur déploiement.

Programmes

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
Axe 1 : Garantir la qualité, la sécurité et la pérennité des activités de télémédecine déployées dans la région			
Action/priorité 1 : Contractualiser avec les coordinateurs d'activités de télémédecine selon un cahier des charges prédéfini		X	X
Action/priorité 2 : Assurer le suivi des activités de télémédecine déployées (indicateurs définis dans le contrat / avenant au CPOM) par la mise en place d'un infocentre		X	X
Action/priorité 3 : Développer une démarche régionale d'évaluation des activités de télémédecine aidées par l'ARS		X	X
Action/priorité 4 : Construire des modèles d'organisation et de financement diffusables à l'échelle de la région afin de contribuer efficacement à l'efficacité de l'offre de soins et médico-sociale		X	
Calendrier : 2012 à 2017			

Programmes

Axe 2 : Mettre en œuvre la solution régionale ORTIF-TELENEURO			
Action/priorité 1 : Remplacer les outils actuels du réseau TELIF de la Grande Garde de Neurochirurgie et équiper les autres services de neurochirurgie de la région	X	X	X
Action/priorité 2 : Apporter une réponse aux besoins de recours aux spécialités du champ de la neurologie pour prendre en charge, à distance, les AVC en lien avec une unité neuro-vasculaire (UNV) mais aussi les autres pathologies neurologiques (neuroradiologique, neuro-vasculaire, neuro-interventionnel)	X	X	X
Action/priorité 3 : Définir un catalogue de services et des cibles d'extension garantissant une vision globale des usages de télémédecine au sein des services d'urgences	X	X	X
Action/priorité 4 : Choisir une solution technique de télémédecine qui offre des réponses fonctionnelles et organisationnelles adéquates aux besoins, et des services en mode SaaS	X		X
Action/priorité 5 : Elaborer les modalités de contractualisation et de rétribution des acteurs parties prenantes.	X	X	X
Calendrier : 2012 à 2014			
Axe 3 : Mettre en œuvre la solution régionale TELEDERMATOLOGIE POUR LES DETENUS			
Action/priorité 1 : Mener une étude de besoins pour la mise en œuvre d'une solution régionale de télédermatologie au service des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) franciliennes, en lien avec les services de dermatologie de recours du CH Victor Dupuy d'Argenteuil et du CHU Saint-Louis (AP-HP)	X	X	X
Action/priorité 2 : Mettre au point l'organisation médicale adéquate en relation avec les deux hôpitaux de recours désignés	X	X	X
Action/priorité 3 : Acquérir et déployer une solution de télé dermatologie sur les treize UCSA franciliennes	X		X
Action/priorité 4 : Evaluer le dispositif mis en place et son modèle économique			X
Action/priorité 5 : Préparer l'ouverture du dispositif à d'autres spécialités médicales		X	X
Calendrier : 2012 à 2014			

Programmes

<p>Axe 4 : Valoriser les usages déjà développés</p> <p>Action/priorité 1 : Conforter la place du CHU régional et valoriser son savoir-faire en matière de télémédecine</p> <p>Action/priorité 2 : Accompagner les porteurs d'activités de télémédecine dans une stratégie de diffusion cohérente avec les besoins identifiés dans les schémas</p> <p>Calendrier : 2011 à 2013</p>		<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>
<p>Axe 5 : Mettre en œuvre une stratégie régionale pour mutualiser les infrastructures techniques</p> <p>Action/priorité 1 : Mener une étude d'opportunité sur la mise en place d'un réseau très haut débit régional dédié à la santé.</p> <p>Action/priorité 2 : Définir un nouveau schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et médico-sociaux</p> <p>Action/priorité 3 : Conforter le rôle pivot de la maîtrise d'ouvrage régionale des SI de santé et accompagner sa montée en charge sur les projets régionaux de télémédecine</p> <p>Calendrier : 2012 à 2014</p>	<p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
<p>Axe 6 : Soutenir les nouvelles activités de télémédecine</p> <p>Action/priorité 1 : Conduire un appel à projets de télémédecine par an, ciblé selon les priorités des schémas</p> <p>Action/priorité 2 : Soutenir institutionnellement les porteurs de projets innovants, en collaboration avec les pôles de compétitivité franciliens spécialisés dans l'e-santé</p> <p>Calendrier : 2011 à 2017</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>

Programmes

LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE (PPRGDR)

Introduction

Le **Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPR GDR)** s'inscrit dans le Projet Régional de Santé dont il est un des programmes obligatoires. Elaboré au cours de l'été 2010, le PPR GDR (2010-2013) d'Ile-de-France a été arrêté dès le mois de septembre 2010 puis actualisé en décembre 2011, après avis de la commission régionale de gestion du risque (Arrêté du DGARS du 5 janvier 2012).

Conformément aux dispositions de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, il est constitué d'une **présentation du contexte régional** analysant l'évolution des dépenses, de la demande et de l'offre de soins à partir du diagnostic effectué dans le cadre du PSRS et de **10 programmes nationaux de gestion du risque** déterminés dès juillet 2010.

Ces programmes reflètent les priorités nationales en matière de gestion du risque, et représentent donc des **enjeux** auxquels le PPR GDR s'attache à répondre. Axés sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces, ils concernent :

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital ;
- La prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ;
- Les médicaments et produits santé de la liste en sus (financés en sus de la liste des prestations d'hospitalisation) ;
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville ;
- L'imagerie médicale ;
- La chirurgie ambulatoire ;
- L'efficacité des EHPAD ;
- L'efficacité des prescriptions dans les EHPAD ;
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- La Permanence des Soins Ambulatoire (PDS-A) et les urgences hospitalières.

Programmes

Inscrits dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et en cohérence avec les objectifs fixés par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS Ile-de-France, ces enjeux trouvent une réponse à travers la **mise en œuvre du PPR GDR**. Celui-ci s'attache en effet à préciser les objectifs de chaque programme, l'état des lieux régional, l'état d'avancement et l'évaluation des actions déjà mises en œuvre.

En outre, à partir d'une analyse des engagements et des objectifs fixés par le contrat Etat-UNCAM 2010-2013, plusieurs **actions complémentaires régionales** ont fait l'objet d'un développement régional spécifique, porté et formalisé au travers du programme de GDR francilien.

Ces compléments régionaux aux programmes nationaux relèvent de deux catégories :

- les extensions des 10 programmes prioritaires :
 - Développement des modalités de dialyse hors centre ;
 - Développement de la greffe rénale ;
 - Amélioration de la prise en compte des risques de dénutrition des personnes hébergées en EHPAD ;
 - Optimisation de la prise en charge des transports en série des patients.
- les extensions issues des objectifs stratégiques du contrat Etat-UNCAM, devenues des priorités complémentaires régionales pour 2012-2013 :
 - Mieux connaître le risque en santé ;
 - Renforcer l'accessibilité financière des soins ;
 - Renforcer l'information et la prévention ;
 - Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces ;
 - Promouvoir l'efficacité en matière de médicament.

Ces propositions de programmes ou d'actions complémentaires font l'objet d'une structuration comparable aux priorités nationales, tandis que les actions constitutives sont décrites (constat, objectif, moyens et ressources, durée, etc.) par le biais de **fiches action**. A l'image des dix priorités nationales de GDR, la **responsabilité** du programme et de chaque action sera partagée entre les services de l'ARS et ceux de l'Assurance maladie. Enfin, les actions innovantes feront l'objet d'une expérimentation préalable avant une généralisation éventuelle.

Programmes

Diagnostic 2012

Forces/Points forts

Une contribution efficace au respect de l'ONDAM

Dans une perspective pluriannuelle, la gestion du risque et en particulier le programme pluriannuel régional de gestion du risque, contribue au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), conformément aux missions dévolues aux ARS (Art. L.1431-1 du code de la santé publique)

Des actions complémentaires régionales multiples et innovantes

En cohérence avec les spécificités territoriales de la région, plusieurs actions complémentaires régionales de GDR ont été définies. Ces diverses actions, qui seront portées et formalisées par le programme de GDR francilien, reflètent la capacité de proposition et d'innovation de l'ARS Ile-de-France, au service de la santé des Franciliens.

Une amélioration progressive de la synergie avec l'Assurance Maladie

L'année 2011 aura été celle de la mise en place en région, en lien avec les administrations centrales et l'Assurance maladie, des 10 priorités nationales de GDR visant à améliorer l'efficacité du système de santé. Tandis que certains objectifs relèvent uniquement d'actions du niveau national, d'autres nécessitent la déclinaison régionale par l'Assurance Maladie des actions nationales, dans le cadre du contrat ARS-Assurance maladie. Dans l'optique de renforcer la synergie et l'efficacité de ces dernières, la recherche d'une mise en cohérence avec les actions réalisées par les pôles métiers de l'ARS, nécessaire mais non évidente, est en progrès.

Faiblesses/Points faibles

Un certain manque de suivi de l'impact médico-économique des actions de GDR

Si de nombreuses actions de GDR sont entreprises, elles ne bénéficient pas systématiquement d'un suivi adapté. Cette difficulté est en grande partie liée au manque d'accessibilité pour l'ARS aux bases de données de l'Assurance maladie (en particulier aux DCIR : données de consommations inter régimes), à l'absence de bases

Programmes

de données sur le médico-social et à un déficit d'indicateurs de résultats définis au niveau national

Une absence de culture commune autour de la GDR

Selon les recommandations du rapport IGAS de décembre 2010², l'appropriation par les personnels des ARS des enjeux de la gestion du risque est un élément essentiel pour le succès de la loi HPST. Aujourd'hui peu développée, la prise en compte de la problématique de l'amélioration de l'efficacité du système de santé, objectif principal d'une politique de gestion du risque, doit être une priorité managériale majeure dans les années à venir. Plus largement, elle doit devenir un « état d'esprit » qui « irrigue » toutes les activités des ARS.

En quoi ce programme permet de répondre aux trois défis du plan stratégique

Adapter les parcours de santé aux besoins des franciliens

La GDR, et en particulier le PPR GDR, s'inscrit pleinement dans l'objectif d'assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, c'est en cohérence avec les objectifs fixés dans le cadre du CPOM de l'ARS Ile-de-France que s'inscrivent à la fois les dix priorités nationales en matière de gestion du risque, axées sur le développement de modes de prise en charge et de parcours de santé mieux coordonnés et plus efficaces, et les actions complémentaires régionales tenant compte de ces spécificités régionales.

Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous

Le PPR GDR s'attache également à améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé, en particulier de l'offre de soins. La notion de gestion du risque peut se définir comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »³.

Ainsi, le PPR GDR s'attache à rechercher l'efficacité en matière de santé par la prévention de la maladie et de ses complications, l'amélioration de la qualité des soins (élaboration et application des recommandations), l'optimisation de l'organisation du système de soins (parcours de santé ville-hôpital, conditions de prise en charge des

² Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

³ Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

Programmes

patients, autorisation et fonctionnement des structures, etc.) et la maîtrise de la dynamique des coûts.

Construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires

La politique de GDR constitue un point de convergence naturel entre les objectifs de l'Assurance maladie, notamment l'équilibre des comptes dans le respect des grands principes de la Sécurité Sociale, et ceux de l'Etat, garant de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

La mise en œuvre de la GDR à travers le PPR GDR repose en conséquence sur la concertation entre l'ensemble des acteurs concernés, tant au niveau national que régional, au plus près des territoires. Elle contribue en ce sens à la construction d'une politique partagée et acceptée par tous les acteurs de santé.

Programmes

AXES et PRIORITES

	Défi 1 du PSRS	Défi 2 du PSRS	Défi 3 du PSRS
<p>Programme national 1 : Les Transports sanitaires</p> <p>Maîtriser les dépenses de transports sanitaires</p> <p>Action/priorité 1 : Régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital à travers la contractualisation et l'accompagnement des établissements de santé</p> <p>Action/priorité 2 : Redéfinition du modèle d'organisation du transport de malade, en développant notamment le transport partagé</p>	X	X	
<p>Programme national 2 : l'Insuffisance Rénale Chronique</p> <p>Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC</p> <p>Action/priorité 1 : Amélioration des pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via la diffusion des recommandations existantes</p> <p>Action/priorité 2 : Amélioration des organisations de prise en charge et développement de la dialyse hors centre et de la greffe rénale</p>	X	X	X
<p>Programme national 3 : Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus</p> <p>Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus par la sensibilisation des prescripteurs hospitaliers, l'accompagnement des établissements de santé et le bon usage des produits de santé à l'hôpital</p> <p>Action/priorité 1 : Favoriser un usage efficace des dispositifs concernés</p> <p>Action/priorité 2 : Prévenir une croissance des dépenses liées à des pratiques non conformes aux référentiels et recommandations HAS, Inca, AFFSSAPS</p>		X	X

Programmes

<p>Programme national 4 : Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville</p> <p>Améliorer la régulation des dépenses de Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV)</p> <p>Action/priorité : Contractualisation et accompagnement des établissements de santé</p>		X	X
<p>Programme national 5 : Imagerie médicale</p> <p>Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds</p> <p>Action/priorité 1 : Diversification du parc d'IRM ostéo-articulaires</p> <p>Action/priorité 2 : Diffusion de recommandations et guides de bonnes pratiques</p>	X	X	X
<p>Programme national 6 : Chirurgie Ambulatoire</p> <p>Développer une chirurgie de qualité et efficiente</p> <p>Action/priorité 1 : Réalisation d'un état des lieux régional et d'un plan d'action régional de développement de la chirurgie ambulatoire</p> <p>Action/priorité 2 : Accompagnement et mise sous accord préalable des établissements de santé</p>	X	X	X
<p>Programmes nationaux 7 et 8 : Efficience globale et de la prescription dans les EHPAD</p> <p>Amélioration de l'efficience globale et de la prescription dans les EHAPD</p> <p>Action/priorité 1 : Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants dans les EHPAD pour une meilleure prise en charge des résidents</p> <p>Action/priorité 2 : Doter les EHPAD d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents</p>	X	X	X

Programmes

<p>Programme national 9 : Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières</p> <p>Mettre en place un dispositif de PDSA fiable, lisible et pérenne</p> <p>Action/priorité : Déclinaison départementale des messages d'information sur le bon usage de la PDSA</p>	X	X	X
<p>Programme national 10 : Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)</p> <p>Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR et fluidifier le parcours des patients entre MCO / SSR et domicile</p> <p>Action/priorité 1 : Développement de l'outil « TRAJECTOIRE »</p> <p>Action/priorité 2 : Mise sous accord préalable des structures SSR ciblées</p>	X	X	X
<p>Priorité Régionale 11 : Mieux connaître le risque en santé</p> <p>Formaliser le partage de connaissances et d'informations entre les organismes et services d'Assurance maladie, l'UNOCAM et l'ARS</p> <p>Action/priorité 1 : Mise en place d'un comité de pilotage pour réaliser un inventaire des bases de données, répartir le traitement des bases ; mettre en place un espace partagé (SharePoint)</p> <p>Action/priorité 2 : Programmer la réalisation annuelle d'études médico-économiques conjointes</p>		X	X
<p>Priorité Régionale 12 : Renforcer l'accessibilité financière des soins</p> <p>Offrir à chaque Francilien un parcours de santé lisible et accessible</p> <p>Action/priorité 1 : Réaliser un état des lieux sur l'utilisation de l'offre de santé en Ile-de-France permettant de suivre les évolutions par spécialité, par acte, par structure et par territoire</p> <p>Action/priorité 2 : Etablir un plan d'action coordonné sur la région (identification de la fluidité des parcours, développement d'une offre à tarif opposable)</p> <p>Action/priorité 3 : Réaliser des actions envers les assurés</p>	X	X	X

Programmes

<p>Priorité Régionale 13 : Renforcer l'information et la prévention</p> <p>Développer les actions de prévention sur les domaines d'intervention communs dans un esprit de coopération</p> <p>Action/priorité 1 : Assurer le pilotage des programmes de dépistage organisé du cancer (sein, colon, col utérin,...)</p> <p>Action/priorité 2 : Renforcer la couverture vaccinale de la population</p> <p>Action/priorité 3 : Développer l'Education Thérapeutique du Patient</p>	X	X	X
<p>Priorité Régionale 4 : Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces</p> <p>Promouvoir des prises de charge plus efficaces dans le parcours de santé de la Personne Agée autour de 3 thématiques : la dénutrition, l'iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables</p> <p>Action 1 : Réaliser des expérimentations de plans d'actions à domicile et en EHPAD</p> <p>Action 2 : Optimiser le soin primaire complexe des malades âgés poly-pathologiques</p>	X	X	X
<p>Priorité Régionale 5 : Promouvoir l'efficacité en matière de médicaments</p> <p>Promouvoir un usage plus efficace des médicaments afin d'améliorer la qualité de la prescription et la diminution des résistances à l'hôpital</p> <p>Action 1 : Réaliser la synthèse et l'analyse de l'impact des différents programmes d'actions existant sur les médicaments</p> <p>Action 2 : Proposer des actions nouvelles ou étendre des actions existantes sur les médicaments (le médicament à l'hôpital ; le médicament dans le parcours de santé, le médicament dans les pathologies chroniques, les antibiotiques).</p>	X	X	X

Programmes

LE PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC)

La place du PRIAC au sein du PRS : rappel du nouveau cadre juridique

Le code de la santé publique précise que « *des programmes prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Un même programme peut prévoir des mesures relevant de plusieurs schémas.*

Chaque programme détermine les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Il fixe les modalités d'évaluation de ces actions...».

Bien que le PRIAC ne soit pas explicitement cité comme un des programmes obligatoires du PRS à l'article L. 1434-1 du Code de la santé publique, les deux articles suivants du Code de l'action sociale et des familles et du Code de la santé publique en font un des programmes de mise en œuvre du projet régional de santé :

En effet, l'article L. 312-5-1 du Code de l'action sociale et des familles issu de la loi HPST du 21 juillet 2009 a été modifié comme ci-dessous :

« Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5.

Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. »

Programmes

La commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux est consultée sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, en application de l'article L.1434-12 du Code de la santé publique.

Le rôle du PRIAC au sein du PRS : le plan d'action du SROMS et son budget d'exécution

Le PRIAC a vocation à programmer les actions et financements permettant la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du PRS qui sont déclinés opérationnellement dans le SROMS et qui concernent l'offre médico-sociale et les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. **Il ne concerne pas à ce stade les autres prestations médico-sociales à destination des publics à difficultés spécifiques (addictions...) pour lesquelles la notion de programme doit être précisée.**

Le PRIAC s'inscrit bien dans la régionalisation renforcée de l'organisation de la santé, puisqu'il est adopté par le DGARS et qu'il décline la stratégie régionale de santé jusque dans ses aspects opérationnels.

Il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne, pour une part différente selon les âges de la vie, mais importante en nature et en volume, des prestations qui relèvent de champs de compétence partagés avec les conseils généraux (actions de prise en charge précoce réalisées par les centres d'action médico-sociale précoce, interventions médico-sociales au domicile des personnes par les SAMSAH, SPASAD, accompagnement médico-social institutionnel en EHPAD et FAM).

A ce titre le PRIAC, dans sa nouvelle acception, doit marquer de nouveaux progrès dans la coordination de l'exécution des programmations dans le temps, entre les territoires et dans leur traduction financière. Ce point conditionne d'ailleurs le lancement des appels à projets pour l'évolution de l'offre de services dans le nouveau régime d'autorisation des services et établissements médico-sociaux.

L'élaboration du PRS, comportant un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) qui fixe, sur la base d'un diagnostic croisé des besoins des personnes en perte d'autonomie et des ressources d'interventions disponibles en région, les objectifs prioritaires d'organisation des prestations médico-sociales à cinq ans, lève définitivement une ambiguïté: **le PRIAC n'identifie pas les besoins de services collectifs, il les met en œuvre par la mobilisation des moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA**, complétés des financements des conseils généraux et des usagers.

Il se recentre sur la **programmation financière stricte et cadrée** sur l'ensemble de la période, mettant fin à la double nature du PRIAC, expression ascendante des besoins de services vers le national et déclinaison infrarégionale des objectifs des plans et programmes nationaux en vigueur.

Programmes

Le processus de consolidation nationale des besoins priorités régionaux s'appuie donc dorénavant sur la synthèse des SROMS.

Le nouveau PRIAC doit renforcer sa mise en œuvre opérationnelle et **permettre une programmation des actions impactant l'offre existante** (donc « le stock » et pas uniquement « le flux des mesures nouvelles ») : les transformations continuent donc d'être l'objet de la programmation mais également l'ensemble des actions d'évolution et d'adaptation de l'offre, les actions d'efficience et d'amélioration de la qualité, ainsi que les actions menées en transversalité avec les autres politiques (exemple : programmation des moyens de l'Education nationale pour la scolarisation des enfants à difficultés spécifiques).

La méthodologie de construction du PRIAC

Le SROMS, qui consiste en l'identification d'objectifs opérationnels déclinés par domaines d'actions et catégories de leviers, identifie les actions les plus pertinentes à mener en termes de structuration de l'offre médico-sociale.

Ces dernières doivent à leur tour être déclinées dans le PRIAC de manière pluriannuelle dès lors qu'elles engagent des crédits d'Etat ou relevant de l'assurance maladie sur les champs des personnes âgées et des personnes handicapées.

La coordination du PRIAC et des autres programmations

La transversalité dans le périmètre de l'ARS

Le SROMS se voit confier par la loi la charge de veiller aux articulations avec le champ sanitaire.

Cette nouvelle donne doit permettre de marquer une étape dans la programmation concertée des actions du PRIAC et des actions du SROS, y compris les actions complémentaires et les transformations dans chaque secteur. Compte tenu des évolutions du secteur hospitalier dans un contexte de transition démographique où les enjeux majeurs se centrent sur les maladies chroniques au long cours et de la diversification des prestations médico-sociales, l'évolution du PRIAC peut permettre de traduire dans les programmations opérationnelles et financières les progrès dans l'intégration interservices, en fonction des contenus des SROMS dans leurs volets – fluidité des parcours de vie et coordination.

Les liens entre le PRIAC et les soins de ville devront être approfondis.

Programmes

La transversalité hors du périmètre de l'ARS

La coordination du PRIAC et des financements des conseils généraux est cruciale dans le champ médico-social, compte tenu de l'étendue des champs de compétences partagés.

La concertation sur les PRIAC, a largement progressé depuis trois ans. La nécessité d'une programmation conjointe sur les volets cofinancés, voire sur les champs de compétence complémentaires (protection de l'enfance...) persiste dans la nouvelle gouvernance en santé pour concrétiser les objectifs opérationnels des schémas régionaux comme départementaux et assurer l'équilibre des ressources entre les territoires au sein de la région.

A quoi servira demain le PRIAC ?

Il constitue un outil aux mains des ARS afin de permettre :

- la déclinaison opérationnelle des objectifs du SROMS,
- la priorisation financière pluriannuelle des programmations en lien avec la capacité à faire jusqu'à l'ouverture de l'établissement ou du service,
- la lisibilité des programmations des ARS à l'égard des acteurs régionaux et la base de coordination des programmations financières avec les autres financeurs,
- la mise en œuvre des appels à projets et des extensions non importantes (qui doivent également être programmées).

Le PRIAC constitue un **outil de programmation priorisée d'une enveloppe financière cadrée par les notifications régionales de la CNSA** au premier semestre de chaque année.

Le PRIAC et la pluriannualité budgétaire d'engagement (enveloppes anticipées)

L'élaboration des nouveaux PRIAC en 2012 doit être cadrée par la notification des enveloppes anticipées (EA) en 2011 et en début 2012. Ces enveloppes constituent des autorisations d'engagement.

Ce cadrage budgétaire permet une visibilité pluriannuelle :

- sur le champ des personnes handicapées jusqu'en 2014 (avec le versement de crédits de paiement jusqu'en 2016), terme du financement du **programme pluriannuel de création de places** en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012,
- sur le champ des personnes âgées jusqu'en 2014 (avec le versement de crédits de paiement jusqu'en 2014) également en matière de création de places au sein de dispositifs d'accompagnement et de soins destinés à faciliter la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Programmes

Le PRIAC, sa période de validité et son calendrier d'actualisation

Instrument de mise en œuvre du SROMS, le PRIAC a vocation à couvrir la même période que celui-ci.

L'article L. 312-5-2 prévoit que le PRIAC comporte en annexe :

- pour l'année considérée, les dotations fixées en application de l'article L. 314-3 ;
- le cas échéant, au titre de l'une ou l'autre des deux années suivantes, les dotations fixées en application de l'article L. 314-3-4.

Le calendrier d'actualisation est donc bien un calendrier annuel glissant.

Le plan d'exécution du SROMS et la mise en œuvre de ses objectifs opérationnels comportent toujours des risques d'imprévus et de délais supplémentaires, nonobstant un suivi d'exécution renforcé des engagements.

Le réajustement des actions prioritaires ne doit pas être écarté dans le cadre du suivi général du SROMS et de l'évaluation de ses résultats.

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

www.ars.iledefrance.sante.fr