RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Agir pour la santé des Franciliens

Stratégie à horizon 2028

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
2023
2028
ÎLE-DE-FRANCE

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

Sommaire

1 Atouts, contraintes et défis du système de santé en Île-de-France 5

Démographie, économie, territoires : forces et faiblesses de la région Île-de-France 7

Une région dense et plutôt jeune, mais confrontée au vieillissement de sa population et plus durement touchée par la pandémie du Covid-19 7

Un phénomène de vieillissement désormais également visible en Île-de-France 9

Une région au cœur de l'économie mondiale, mais qui compte le département le plus pauvre de France et où les disparités socio-économiques ne se résorbent pas 10

Une population francilienne globalement en bonne santé, en dépit de fragilités territoriales et sociales 12

Un bon état de santé général 12

Périnatalité, santé mentale ou diabète : des tendances franciliennes préoccupantes qui appellent à la vigilance 13

Déterminants de santé : des comportements à risques à surveiller, une exposition supérieure à celle des autres régions face aux risques environnementaux 16

Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis : des taux encore élevés chez les jeunes 16

Un accès à la prévention médicale (dépistage, vaccination) hétérogène selon les territoires 17

Exposition aux risques environnementaux et cadre de vie : des vulnérabilités marquées 17

L'offre sanitaire, de prévention et médico-sociale : une péréquation territoriale à poursuivre 20

Une offre sanitaire dense et de rang mondial 20

L'offre médico-sociale : un investissement pluriannuel pour relever les défis démographique et capacitaire 26

L'offre en promotion de la santé et en prévention 27

2 Où voulons-nous être en 2028 ? 31

Premier principe
La réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets 33

Deuxième principe
Il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques 35

Troisième principe
L'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action 37

Quatrième principe
Le renforcement des moyens d'action sur la santé périnatale et la santé mentale est une priorité 40

Faire de l'amélioration de la santé périnatale une priorité pluriannuelle 40

Mieux prendre en charge et améliorer la santé mentale des Franciliens 42

3 Nos axes de transformation 45

Axe de transformation n°1
Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens 48

Axe de transformation n°2
Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients 50

Axe de transformation n°3
Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité 52

Axe de transformation n°4
Ressources humaines en santé : former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France 54

Axe de transformation n°5
Gérer, anticiper et prévenir les risques 56

Axe de transformation n°6
Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques 58

4 Conditions de la réussite : cinq leviers transversaux 59

Levier 1
Déployer notre action au plus près des besoins des territoires 61

Levier 2
Ancrer la méthode « Conseil national de la refondation en santé » (CNR) pour la concertation et l'émergence de solutions au plus près des besoins des territoires 63

Levier 3
Dégager des marges de manœuvre financières, mieux prioriser les financements 65

Levier 4
Mobiliser les données et le numérique à des fins de pilotage et d'évaluation 67

Levier 5
S'appuyer sur la communication comme levier de mise en œuvre des politiques publiques 68

1

Atouts, contraintes et défis du système de santé en Île-de-France

Le diagnostic régional de 2017 dressait un tableau globalement satisfaisant de l'état de santé des Franciliens, marqué toutefois par de profondes disparités territoriales et sociales. Disposant d'une **offre de soins dense** et, pour certains établissements, d'une renommée mondiale, d'une **population plus jeune que la moyenne nationale ou de l'espérance de vie la plus longue**, la région était également confrontée à des **phénomènes d'inégalités sociales majeures, de pauvreté intense**, de prévalence nettement plus importante de certaines pathologies spécifiques **(tuberculose, VIH, saturnisme)** ou encore de **difficultés importantes d'accès aux soins**, qu'il s'agisse du premier recours (médecine de ville) ou non au sein de certains territoires. La **baisse de la démographie médicale**, notamment chez les médecins généralistes, entraînait déjà des tensions d'accès et l'on observait une pression importante sur l'hôpital, en particulier au sein des services des urgences.

Les **crises ou tensions qu'a traversée la région Île-de-France depuis 2017** (notamment celle du Covid-19) ont globalement **accentué ces phénomènes,** agissant comme un révélateur de fragilités spécifiques de certains territoires ou de certains groupes de population. La présente partie, élaborée à partir d'un travail de **diagnostic complet de l'état de santé des Franciliens réalisé par l'Observatoire régional de la santé en 2023**, dresse les principaux atouts mais également les contraintes et les risques à prendre en compte dans les orientations stratégiques du projet régional de santé (PRS). Sauf mention contraire, les éléments de diagnostic des fiches actions du schéma régional de santé proviennent de cette publication.

DÉMOGRAPHIE, ÉCONOMIE, TERRITOIRES :

forces et faiblesses de la région Île-de-France

Une région dense et plutôt jeune, mais confrontée au vieillissement de sa population et plus durement touchée par la pandémie du Covid-19

En 2022, **l'Île-de-France comptait 12,3 millions d'habitants, soit 18 % de la population française**. Si la région présente depuis les années 2000 une dynamique démographique légèrement supérieure à la moyenne nationale (+ 0,4 % par an contre + 0,3 % pour la France métropolitaine), on constate un léger affaissement sur la période récente : la région gagnait 60 000 habitants par an entre 2003 et 2017, contre 50 000 par an désormais. D'ici à 2030, la population francilienne devrait croître entre 0,3 et 0,5 % par an, l'hypothèse basse étant privilégiée compte tenu de la dynamique récente de la baisse des naissances en sortie de crise.

L'évolution des cinq dernières années comme les perspectives à moyen terme (2019-2030) dénotent **une dynamique démographique toujours supérieure en petite couronne et dans le Val-d'Oise : la moitié de la croissance démographique francilienne est désormais portée par 32 communes (contre 60 auparavant)**, dont 12 se situent en Seine-Saint-Denis, 4 dans les Hauts-de-Seine et 4 dans le Val-de-Marne. La Seine-Saint-Denis est par ailleurs devenue le deuxième département le plus peuplé de la région, derrière Paris mais devant les Hauts-de-Seine.

Bien qu'en matière de natalité, l'Île-de-France soit dans une situation plus favorable que le reste du territoire, **la diminution tendancielle de la fécondité depuis une dizaine d'années s'accentue néanmoins en sortie de crise** : on compte environ 167 000 naissances en 2021 (soit 23,8 % du total national), le taux de natalité est passé de 15,6 à 13,8 ‰ depuis 2007 (contre 10,7 ‰ France entière). **L'indice de fécondité est quant à lui passé de 2,06 à 1,87 enfants par femme** (1,47 à Paris et 2,2 en Seine-Saint-Denis). À noter également que 30 % des enfants nés en 2021 sont de mère de nationalité étrangère (contre 17 % en France métropolitaine).

Région capitale, l'Île-de-France accueille en effet une part importante de population immigrée (résidents nés à l'étranger, indépendamment de leur nationalité actuelle) **: un peu moins de 20 % des Franciliens sont immigrés, contre 9,8 % à l'échelle nationale**. S'il apparaît une corrélation entre la part de population immigrée et le niveau de précarité à l'échelle des intercommunalités (EPCI), l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Institut Paris Region notent que l'effet de concentration des Franciliens nés à l'étranger au sein de certains territoires (historiquement la Seine-Saint-Denis, le sud Val-d'Oise ou le Val-de-Marne) ne progresse plus depuis 2006.

LA RÉGION LA PLUS DUREMENT TOUCHÉE PAR LE COVID-19 ENTRE 2020 ET 2022

Touchée dès le mois de janvier 2020 par la première vague de Covid-19, l'Île-de-France présente les taux de surmortalité les plus importants de toutes les régions françaises, notamment en 2020. Cette année-là, 90 600 personnes sont décédées en Île-de-France, soit 14 800 de plus qu'en 2019 (une hausse de 20 %). Sur la seule période de la première vague (mars-mai 2020), l'augmentation de la mortalité a été de l'ordre de 79 %. La hausse relative des décès liée à l'épidémie de Covid-19 a notamment été plus de trois fois plus importante que celle liée à la grippe en 2015 (+ 4 000 personnes, soit + 5,7 % par rapport à 2014).

C'est en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise et dans l'Essonne que le surcroît de mortalité a été le plus élevé en 2020 (respectivement + 24 %, + 21 % et + 21 %). À l'échelle infradépartementale, les intercommunalités de Plaine Commune et d'Est Ensemble en Seine-Saint-Denis présentaient des niveaux de mortalité en 2020 respectivement de 2,5 et de 2,4 fois supérieurs à ceux observés en moyenne au cours des cinq années antérieures. Dans le Val-d'Oise, l'intercommunalité Roissy Pays de France a également été marquée par une surmortalité prononcée (2,4 fois supérieure à celle observée en moyenne annuelle sur les cinq années précédentes).

La pandémie a globalement été marquée par une occupation hospitalière extrêmement lourde jusqu'au printemps 2021, qu'il s'agisse des soins critiques (dont le taux d'occupation a dépassé les 150 % en première et troisième vague), ou de l'hospitalisation conventionnelle puis des soins de suite et de réadaptation (SSR). Depuis le début de la pandémie, on a dénombré ainsi 215 000 admissions à l'hôpital du fait du Covid-19 (dont 39 000 en soins critiques), et 29 000 décès en établissement (établissements de santé et médico-sociaux).

Un phénomène de vieillissement désormais également visible en Île-de-France

Jusqu'en 2019, l'Île-de-France était la région où l'on vivait le plus longtemps. La crise du Covid-19, qui a durement touché la région, a toutefois remis en cause cet état de fait : entre 2020 et 2021, la perte d'espérance de vie des Franciliens est très supérieure à celle des Français, soit - 1,4 an pour les femmes et - 1,8 an pour les hommes (contre - 0,5 et - 0,6 France entière). **À la sortie de la crise, l'espérance de vie était ainsi de 86 ans pour les femmes et de 80,7 ans pour les hommes**. Cette moyenne régionale masque par ailleurs plusieurs phénomènes : celui du ralentissement du gain d'espérance de vie au fur et à mesure que la population francilienne vieillit, et celui de la persistance d'écarts territoriaux importants. Les hommes de Seine-Saint-Denis vivent ainsi en moyenne 3,9 ans de moins que les hommes des Hauts-de-Seine, **l'écart s'étant accru de 1,3 année depuis 2019. À l'échelle des cantons, ces écarts vont de 1 à 7, les cantons les plus touchés par la pauvreté présentant une espérance de vie très inférieure à la moyenne régionale.**

Le vieillissement de la population francilienne est par ailleurs globalement perceptible : on compte 1,9 million de Franciliens de plus de 65 ans (soit 15 % de la population) à ce jour mais 2,3 millions projeté à 2030 (18 %, soit une part en hausse de 3 points en dix ans). Le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va quant à lui doubler d'ici à 2040. L'évolution de la démographie des personnes âgées aura un impact majeur sur l'offre de soins et sur le secteur médico-social. Actuellement, environ 80 % des personnes de plus de 80 ans vivent à domicile, et les taux de résidence en institution sont hétérogènes selon les territoires (entre 7 et 15 %, les taux étant plus élevés en grande couronne). **Le risque de perte d'autonomie fonctionnelle (qui concerne 37 % des plus de 60 ans, dont 13 % au titre de difficultés sévères) va donc entraîner un besoin d'accompagnement massif** en ce qui concerne le maintien à domicile ou l'hébergement en institution. À noter, notamment, que les chutes entraînent chaque année 13 500 hospitalisations et 675 décès en Île-de-France.

Une région au cœur de l'économie mondiale, mais qui compte le département le plus pauvre de France et où les disparités socio-économiques ne se résorbent pas

L'Île-de-France représente 4 % du produit intérieur brut (PIB) européen, 31 % du PIB français et 40 % des activités de recherche nationales, et compte 6 millions d'emplois et près d'1 million d'entreprises. Elle joue donc pleinement son rôle de région capitale et présente un niveau global de richesse très supérieur aux autres régions françaises : la moitié des salariés franciliens perçoivent en effet plus de 2 265 euros nets par mois en équivalent temps plein, soit près de 400 euros de plus qu'au niveau national. Par ailleurs, l'Île-de-France concentre la moitié des 10 % des salaires les plus élevés de France. Dans la Métropole du Grand Paris, les salaires sont plus élevés que dans les autres grandes métropoles de province.

Pour autant, **l'Île-de-France compte aussi les territoires les plus pauvres de France (en Seine-Saint-Denis) et concentre des phénomènes de précarité inédits pour la France métropolitaine**. Sur la période récente (2013-2019), les écarts de richesse entre les territoires d'Île-de-France ont par ailleurs eu tendance à s'accroître, en dépit d'un phénomène soutenu de diffusion des classes moyennes et supérieures vers la proche et petite couronne qui contribue à y faire reculer la pauvreté. Ainsi, dans les 44 communes les plus pauvres de la région, où résident 15 % des Franciliens, le revenu médian a diminué au cours des huit dernières années tandis qu'il est en hausse à l'échelle de la région.

Le phénomène de pauvreté touche l'Île-de-France un peu plus sensiblement que les autres régions métropolitaines (15,5 % contre 14,6 %) et 1,8 million de ménages franciliens vivent sous le seuil de pauvreté. Ce taux a par ailleurs tendance à progresser depuis 2012. De même qu'en ce qui concerne l'espérance de vie (cf. supra), les écarts infrarégionaux restent marqués : le taux de pauvreté est ainsi de 10 % dans les Yvelines mais de 28 % en Seine-Saint-Denis, et même 37 % au sein de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de Plaine commune.

La région est enfin touchée par un phénomène de grande pauvreté, qui la rend très spécifique par rapport aux autres régions françaises. L'Île-de-France regroupe ainsi un tiers de l'habitat de fortune en France (population concernée évaluée à 5 400 habitants en 2018 pour environ 95 installations), principalement en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. La très grande majorité des personnes à la rue se trouvent par ailleurs à

Paris. Le Samu social relève que le recours à l'aide alimentaire ou les difficultés de logement ont augmenté au cours des dix dernières années. Ce phénomène de grande pauvreté est à relier à la prégnance, là aussi sans équivalent métropolitain, des difficultés majeures de logement et hébergement (sans-abrisme, hébergement chez des tiers, habitat insalubre), induisant une réponse publique (hébergement d'urgence) spécifique et structurée.

UNE POPULATION FRANCILIENNE GLOBALEMENT EN BONNE SANTÉ,
en dépit de fragilités territoriales et sociales

Un bon état de santé général

Depuis quelques années jusqu'à la crise du Covid-19, on observait en Île-de-France une bonne progression des indicateurs de santé de ses habitants. Néanmoins, au niveau infrarégional, force est de constater que les progrès ne sont pas répartis de façon uniforme sur le territoire, et les importantes inégalités sociales conduisent notamment à de fortes différences de mortalité.

À l'échelle régionale, et en dépit d'un nombre de décès en hausse (environ 80 000 par an), on continue de relever une sous-mortalité générale en Île-de-France par rapport au reste de la France : elle est de l'ordre de - 13 % chez les hommes et - 9 % chez les femmes rapportée à la population totale. On relève notamment un taux de mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus faibles en France : 148 décès pour 100 000 habitants contre 176 pour 100 000 France entière. Si environ la moitié des décès prématurés demeure évitable, cette catégorie de mortalité a néanmoins diminué de 52 % depuis 1990. Globalement, la mortalité par maladies circulatoires et par tumeurs a diminué au cours des trois dernières décennies (respectivement - 3,6 % et - 1,5 % en moyenne par an). Ces diminutions sont dues à l'amélioration des traitements mais aussi à des progrès importants de prévention de ces deux pathologies.

Si la sous-mortalité en Île-de-France s'observe sur la plupart des pathologies, on constate là aussi d'importantes disparités entre territoires. À noter, par ailleurs, que l'Île-de-France présente une surmortalité importante par rapport aux autres régions au titre du VIH.

Sous l'effet du vieillissement de la population ou des effets directs et indirects de la crise du Covid-19, les tendances de moyen terme sont par ailleurs plutôt préoccupantes, qu'il s'agisse de la santé perçue ou de la prévalence de certaines pathologies. Les Franciliens se considèrent ainsi plutôt en bonne santé, et dans des proportions proches des résidents d'autres régions, mais la santé perçue s'y est dégradée entre 2017 et 2021 :

la proportion de répondants indiquant un état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » a progressé de 37 % en Île-de-France, contre + 25 % dans le reste de la France.

La prévalence des maladies chroniques est, quant à elle, inférieure de 3 points à la moyenne nationale, mais progresse régulièrement depuis 2017 (+ 3,7 points). Les cancers, en particulier, représentent 25 % des décès chez les Franciliens et 20 % chez les Franciliennes. Un peu moins de 30 % de ces décès surviennent avant 65 ans, même si le taux de mortalité du fait des cancers diminue régulièrement depuis la fin des années 1980 (cf. supra). On dépiste pour autant 54 000 nouveaux cancers chaque année, et **500 000 Franciliens sont sous surveillance** (survenue antérieure d'un cancer) dont 219 000 sous surveillance active. Les maladies neuro-dégénératives présentent quant à elle une prévalence qui progresse : **69 000 patients sont atteints d'Alzheimer, 41 000 d'autres démences, et 33 000 de la maladie de Parkinson**. La maladie d'Alzheimer touche ainsi 1 % des 60-74 ans mais 13 % des plus de 85 ans. Concernant enfin les maladies cardiovasculaires, la mortalité est également orientée à la baisse, mais les taux d'hospitalisation rapportés à la population sont en hausse. On note également, pour ces pathologies, d'importantes disparités territoriales, avec notamment une morbidité très supérieure à la moyenne régionale en Seine-et-Marne, dans le sud Essonne ou dans le nord de la Métropole du Grand Paris.

Périnatalité, santé mentale ou diabète : des tendances franciliennes préoccupantes qui appellent à la vigilance

L'évolution de la santé périnatale en Île-de-France continue de présenter une dynamique préoccupante, avec notamment une accentuation des problèmes de santé dans certains territoires sur la période récente et une augmentation de la mortalité infantile depuis 2012.

La santé des mères, déterminant majeur d'autres indicateurs périnataux, présente en particulier des tendances défavorables dans un certain nombre de territoires franciliens. À l'échelle régionale, on observe ainsi moins d'entretiens prénataux que dans le reste du pays, qu'il s'agisse des entretiens prénataux précoces (EPP) ou de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Par ailleurs, et si les comportements préventifs sont globalement mieux observés en Île-de-France, **la prévalence des pathologies en cours de grossesse atteint désormais une femme sur cinq en Île-de-France**. La prévalence du diabète gestationnel a, quant à elle, triplé

depuis 2010, pour s'établir à 16,5 %, soit près de 2,5 points de plus que dans le reste de la France. De même pour la prévalence de la pré-éclampsie, qui touche 2,3 % des femmes enceintes franciliennes contre 2 % dans le reste de la France. Les facteurs sont multiples, mais néanmoins bien identifiés : surpoids ou obésité, âge à la maternité, conditions de vie, etc. Il apparaît par ailleurs une forte corrélation entre la prévalence de ces pathologies et le taux de précarité des territoires franciliens. À ce titre, la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise ou dans une moindre mesure la Seine-et-Marne présentent les situations les plus dégradées.

Il résulte notamment de ces déterminants une augmentation tendancielle de la mortalité infantile depuis une dizaine d'années. On a relevé 13 401 décès infantiles sur la période 2001-2019 pour 3,4 millions de naissances. Le taux de mortalité des enfants de moins d'un an s'établit donc à un peu moins de 4 ‰ (contre 3,63 ‰ France métropolitaine). Ce taux, qui avait régulièrement diminué depuis 2000, augmente à nouveau depuis 2013, un peu plus rapidement en Île-de-France que dans le reste de la France. La mortalité infantile en Île-de-France s'explique principalement par la mortalité néonatale, c'est-à-dire celle survenant dans la première semaine de vie (47,8 % des décès des 0-1 an).

La **santé mentale constitue une autre source de préoccupation à l'échelle régionale**, avec notamment une augmentation importante de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) entre 2017 et 2021. Cette hausse est d'ailleurs plus marquée que pour le reste de la France : 14 % des 18-85 ans ont présenté un épisode dépressif caractérisé sur la période (12 % France entière). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (17 %). Globalement, elle est en augmentation de 60 % (contre 30 % à l'échelle nationale) et a notamment plus que doublé chez les jeunes d'une part, et chez les plus de 55 ans d'autre part.

Les épisodes dépressifs caractérisés touchent plus particulièrement les personnes vivant seules, les jeunes et les personnes disposant de revenus faibles. La santé mentale des adolescents constitue également une source de préoccupation importante : la prévalence marquée de souffrance psychique est déclarée chez 4 filles sur 10 et 3 garçons sur 10 en classe de 4e et de 3e. Cette prévalence est plus élevée en Île-de-France et a progressé ces dernières années.

Les jeunes sont par ailleurs concernés par des habitudes de sommeil inadéquates et des troubles du sommeil beaucoup plus fréquents : 17,8 % des adolescents sont insomniaques, 40 % en restriction de sommeil, 20 % en privation de sommeil ; un temps de sommeil moyen réduit de 25 minutes entre 2010 et 2017, notamment en raison d'activités nocturnes sur écrans.

La région est également plus fortement touchée que les autres par la prévalence du diabète : 4,9 % de la population francilienne, soit 600 000 personnes, est traitée pour cette pathologie et le taux de prévalence standardisé est supérieur de 0,4 point à la moyenne nationale. Il est par ailleurs en hausse tendancielle depuis au moins une dizaine d'années, et touche des populations plus jeunes que dans le reste de la France. **La prévalence du diabète présente également de très importantes disparités territoriales : elle est ainsi supérieure de 10 % en Seine-Saint-Denis, dans l'est de la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise** par rapport au reste de la région. Chaque année, le diabète est responsable de 11 260 décès dans l'ensemble de la France, dont 1 250 en Île-de-France, même si le taux de mortalité est inférieur à la moyenne nationale dans notre région.

LE VIH ET LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Environ **60 000 personnes sont prises en charge au titre du VIH en Île-de-France, soit 40 % du total national**. La prévalence est notamment élevée à Paris (1 926 cas pour 100 000). Ce sont ainsi près de **2 000 nouvelles admissions en affection de longue durée chaque année**. Cette singularité de la région Île-de-France s'accompagne de volumes de dépistages plus élevés que dans le reste du pays, soit environ 1,1 million chaque année. Le recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est, quant à elle, en augmentation régulière, avec 18 600 utilisations par an en moyenne.

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST) font l'objet d'une surveillance également particulière, dans un contexte où les taux de dépistage pour les principales IST (chlamydia, gonocoque, syphilis) sont en hausse, notamment chez les 15-25 ans. **L'évolution des taux d'incidence est néanmoins préoccupante, avec une augmentation pour ces trois IST depuis 2014**.

DÉTERMINANTS DE SANTÉ : des comportements à risques à surveiller, une exposition supérieure à celle des autres régions face aux risques environnementaux

L'Île-de-France est une région particulièrement exposée aux externalités qui pèsent sur les déterminants de santé et expliquent une partie de la prévalence de certaines pathologies. Les risques environnementaux sont notamment prégnants. Les autres déterminants de santé (consommations d'alcool, de tabac, accès aux dépistages, recours à la vaccination) présentent eux aussi des disparités territoriales très marquées, et apparaissent plus particulièrement préoccupants chez les jeunes.

Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis : des taux encore élevés chez les jeunes

Un peu moins de 29 % des Franciliens de 18 à 85 ans fument occasionnellement et 21 % fument quotidiennement. Si ces chiffres sont globalement inférieurs à la moyenne nationale, leur baisse s'est stoppée il y a quelques années, et on constate même une augmentation du tabagisme chez les femmes depuis 2019. La prévalence du tabac occasionnel ou régulier est notamment plus élevée chez les personnes peu diplômées (32 % en dessous du bac) ou chez les personnes au chômage (36,3 %).

La tendance de la consommation d'alcool apparaît un peu plus favorable, avec une baisse régulière de la consommation quotidienne (passée de 6,6 à 5,2 % depuis 2017). On note toutefois une stabilisation de la part des Franciliens qui consomment de l'alcool au moins une fois par semaine. Globalement, les taux franciliens sont inférieurs à la moyenne nationale, mais cette dernière reste très supérieure à la moyenne européenne.

La consommation de cannabis est, quant à elle assez, stable depuis 2017, mais **20,5 % des Franciliens de 15 à 24 ans indiquent un usage « actuel ou récent » et 5,5 % un usage régulier**. La prévalence de l'usage « actuel, récent et régulier » de cannabis est plus élevée chez les jeunes hommes franciliens par rapport au reste de la France.

Un accès à la prévention médicale (dépistage, vaccination) hétérogène selon les territoires

En ce qui concerne la prévention médicale, la région présente d'importantes disparités territoriales qui ne se sont pas résorbées au cours des dernières années.

Le taux de dépistage du cancer dans le cadre des dispositifs organisés (« DO ») demeure ainsi systématiquement inférieur à la moyenne nationale pour les campagnes principales (cancer du sein : - 11 points dont - 20 points à Paris ; cancer colorectal : - 5 points). À noter que certains de ces taux faibles peuvent toutefois s'expliquer par la participation au dépistage individuel. Il existe également de très fortes disparités entre départements, notamment pour le dépistage du cancer de l'utérus (taux faible en Seine-Saint-Denis, département où la prévalence de ce cancer est la plus importante).

De même, l'adhésion vaccinale présente des disparités notables entre départements, notamment en ce qui concerne la vaccination contre le méningocoque C ou le HPV. Le taux régional de vaccination HPV est ainsi proche de la moyenne nationale (30,2 % à deux doses) mais demeure encore faible en Seine-Saint-Denis (17 %), le Val-d'Oise voire le Val-de-Marne. À l'inverse, on note que le taux de vaccination au BCG est plus élevé en petite couronne qu'en grande couronne.

Le recours au vaccin contre le Covid-19 reflète particulièrement ces disparités territoriales : alors qu'environ 79 % de la population française (tous âges confondus) était complètement vaccinée (deux doses) fin 2022, l'Île-de-France présentait un taux de 75 %. Seul Paris présentait un taux supérieur à la moyenne nationale (82 %). À l'inverse, la Seine-Saint-Denis (63,5 %), le Val-d'Oise (72 %) ou le Val-de-Marne (73 %) présentaient des taux nettement inférieurs à la moyenne régionale.

Exposition aux risques environnementaux et cadre de vie : des vulnérabilités marquées

L'exposition aux risques environnementaux ou liés au cadre de vie est une problématique majeure au sein de la région Île-de-France.

Les conditions de logement et d'habitat, qui reflètent l'existence de poches de précarité voire de grande pauvreté au sein de certains territoires, constituent un levier majeur d'action sur la santé des Franciliens : risques de mauvaise aération, d'intoxication (plomb et monoxyde de

carbone, notamment), développement de maladies respiratoires, insalubrité, sur-occupation, etc. On dénombre ainsi au sein de la région 4 % de logements potentiellement indignes, soit près de 160 000. Ce taux s'établit à 7,5 % en Seine-Saint-Denis et 6,5 % à Paris. Par ailleurs, **8 % des ménages franciliens vivent dans des conditions de précarité énergétique**, taux qui progresse avec l'augmentation des prix de l'énergie. L'impact des conditions de logement sur l'état de santé se traduit notamment par le fait que **l'Île-de-France représente 38 % des cas dépistés de saturnisme** (soit 200 par an) et **23,4 % des cas d'intoxication au monoxyde de carbone** (soit un peu moins de 1 000 cas par an).

L'exposition aux risques environnementaux est également plus importante en Île-de-France qu'ailleurs, notamment du fait de l'exposition à la pollution atmosphérique. Si le nombre de décès annuels attribuables aux particules fines ($PM_{2,5}$) et au dioxyde d'azote (NO_2) diminue depuis quelques années, **on relève toujours 6 200 décès annuels évitables du fait des particules fines à l'échelle de la région et 3 700 du fait du dioxyde d'azote**. La pollution atmosphérique est ainsi à l'origine d'environ 1 décès sur 10 et la perte d'espérance de vie est de 8 mois en Île-de-France (par rapport à une situation où la région respecterait les normes fixées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)). À l'échelle infrarégionale, environ deux tiers des décès évitables se situent au sein de la Métropole du Grand Paris. En termes de morbidité, la pollution de l'air est notamment à l'origine du développement de pathologies respiratoires et cardiovasculaires.

Plus globalement, certains territoires franciliens sont particulièrement concernés par les phénomènes de multi-expositions environnementales (pollution de l'air, de l'eau, des sols, bruit) : c'est le cas en particulier du centre urbain (Paris et petite couronne), des zones d'Orly et de Roissy ainsi que de la boucle nord de la Seine. Il s'agit par ailleurs de territoires qui présentent des niveaux de précarité plus élevés que dans le reste de la région.

En ce qui concerne le bruit, 15 % des Franciliens (soit 1,5 million de personnes) sont aujourd'hui exposés, même si ce taux a diminué depuis 2015. En particulier, 3 % de la population francilienne est exposée aux nuisances aériennes (contre 3,5 % en 2015). Ces expositions au bruit entraîneraient jusqu'à une année de vie en bonne santé en moins au sein de la zone dense (cœur de l'agglomération).

Enfin, l'impact du changement climatique, et notamment du réchauffement, est d'ores et déjà constaté de manière aigüe en Île-de-France. La moitié de la population francilienne vit ainsi dans un quartier à risque moyen ou fort d'îlot de chaleur urbain (ICU), dont 99 % à Paris et 73 %

dans le reste de la Métropole du Grand Paris (MGP). On note ainsi en moyenne 7 à 10 degrés d'écart la nuit entre Paris et la campagne francilienne, faisant du cœur de l'agglomération une zone particulièrement vulnérable à l'augmentation des températures. **À ce titre, l'Île-de-France a été particulièrement impactée par la canicule exceptionnelle de 2003 avec des taux de surmortalité bien au-dessus de la moyenne française** : plus de 200 % de décès en excès enregistrés à Paris et en petite couronne, avec un record (+ 219 %) pour le Val-de-Marne, portant à près de 5 000 le nombre de décès en excès au niveau régional.

L'OFFRE SANITAIRE, DE PRÉVENTION ET MÉDICO-SOCIALE : une péréquation territoriale à poursuivre

Une offre sanitaire dense et de rang mondial

Démographie médicale : des tensions sur les ressources humaines en santé qui perdurent et s'aggravent

Malgré les importants efforts menés en matière d'attractivité ces dernières années, les tensions sur les ressources humaines (RH) en santé perdurent et s'aggravent. Les problématiques de démographie des professionnels de santé existent à la fois en densité par rapport à la population à couvrir et en termes de répartition entre les différents territoires franciliens.

Les projections démographiques font apparaître que la densité de médecins, actuellement en baisse, va continuer à diminuer jusqu'aux années 2030, avant d'amorcer une nette remontée. L'Île-de-France présente une densité inférieure à la moyenne nationale en médecins généralistes, en infirmiers et en sages-femmes. Plus de 62 % de la population francilienne vit dans un territoire très sous-doté en médecins généralistes (ZIP) et près de 38 % dans un territoire sous doté (ZAC). Ces chiffres sont les plus importants de France, d'où le paradoxe de l'Île-de-France, identifiée comme étant le premier désert médical de France.

L'Île-de-France fait face à un vieillissement des professionnels, notamment médicaux. Les nouveaux arrivants ne permettent pas, pour certaines professions, de compenser les départs en retraite des cinq prochaines années.

Compte tenu du temps nécessaire pour former un médecin, l'augmentation du capacitaire de formation médicale, bien qu'indispensable, ne peut constituer l'unique réponse et ne garantit pas, à elle seule, une répartition équitable entre les différents territoires.

Les solutions pour garantir l'accès aux soins devront s'appuyer sur les formations des filières paramédicales ou éducatives, qui permettent de disposer de professionnels supplémentaires plus rapidement que pour les professions médicales. Elles devront également porter sur des actions

d'organisation des soins (répartition des missions entre ville et hôpital, élargissement des compétences des professionnels paramédicaux…) et sur les conditions d'exercice pour optimiser le temps des professionnels. Enfin, des interventions seront à renforcer pour encourager les professionnels à se positionner sur les territoires et les modes d'exercice où l'offre de soins est la plus déficitaire.

L'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement ainsi que la fidélisation des professionnels de santé en Île-de-France constituent les enjeux sur lesquels l'ARS Île-de-France s'emploiera à intensifier ses actions, portées par le schéma régional de santé, en lien étroit avec les principaux partenaires intervenant sur ces sujets.

L'offre en ville : un développement important de l'exercice coordonné

Le développement important de l'exercice coordonné, en lien étroit avec l'Assurance maladie, est un levier majeur en termes de continuité des soins, d'organisation de l'offre de soins ambulatoires et de coordination avec les établissements de santé franciliens. En effet, les centres de santé (CDS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP) ou encore les équipes de soins spécialisés (ESS) sont garantes d'horaires d'ouverture élargis et de prise en charge de soins non programmés sur le territoire.

En 2023, en Île-de-France, 173 MSP sont ouvertes (64 en 2017). Près de 120 projets de CPTS sont actuellement en cours en Île-de-France et 74 sont en fonctionnement. L'objectif est d'avoir une couverture totale de la population par des CPTS en 2024 (aujourd'hui, près de 94 % de la population francilienne est couverte par une CPTS ou un projet de CPTS).

Par ailleurs, le développement des centres de santé se poursuit en Île-de-France. De 465 en 2017, la région est passée à 1 031 centres de santé en 2023, dont 421 médicaux et polyvalents sans activité dentaire ni ophtalmologique.

Enfin, trois Équipes de soins spécialisés (ESS) sont en fonctionnement en Île-de-France : l'ESS dermatologie-vénéréologie, l'ESS cardiologie et l'ESS ophtalmologie.

La stratégie francilienne de renforcement de l'offre de soins coordonnés en ville est accentuée pour les territoires les plus déficitaires à travers deux axes :

- un accompagnement humain renforcé pour « aller-vers » ;
- un soutien financier croissant en fonction de la gravité de la démographie des omnipraticiens sur le territoire en se fondant sur le zonage médecins libéraux.

Hôpital : une offre hospitalière francilienne dense, diversifiée et poursuivant sa transformation

Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble de la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Île-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, **l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), premier centre hospitalier universitaire européen avec 38 sites répartis pour la très grande majorité dans Paris intra-muros et en petite couronne**, représente à elle seule 28,9 % de l'offre de soins Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) régionale publique et privée confondue. L'AP-HP concentre également de très importantes ressources en termes de soins de recours (elle anime par exemple 12 filières nationales de santé maladies rares sur 23 et dispose de 384 centres de référence labellisés « maladies rares »), de capacités de formation, de recherche, et de nombreux partenariats institutionnels ou industriels. Elle représente donc une concentration de ressources inégalée à l'échelle nationale mais également européenne. **En 2019, l'AP-HP est passée de 12 groupes hospitaliers à 6 groupes hospitalo-universitaires pour renforcer son ancrage territorial et universitaire** (via les départements médico-universitaires).

L'offre hospitalière publique et privée est plus dense dans Paris intra-muros et en première couronne, alors même que la grande couronne représente 85 % du territoire francilien. Plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire, avec de forts contrastes territoriaux générateurs d'inégalités d'accès aux soins.

Les départements de la grande couronne se caractérisent par le développement de centres hospitaliers de grande taille (Sud Francilien, Versailles, Poissy, Jossigny, Argenteuil…) avec de gros volumes d'activité de proximité. Sur les dix dernières années, leur équilibre recours/proximité a évolué vers le recours. Certains ont structuré une activité d'enseignement et de recherche autour, notamment, des maladies dont les files actives sont les plus importantes. Quelques services ont ainsi conven-

tionné avec leur université, particulièrement dans l'ouest de la région (hôpital Nord-Ouest Val-d'Oise ou NOVO). Des fusions ont déjà eu lieu durant les dernières années (Groupe Hospitalier Nord Essonne ou GHNE en 2016, Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne en 2017, Grand Hôpital de l'Est Francilien ou GHEF en 2017, GHU Paris psychiatrie & neurosciences ou GHUPPN en 2018 et NOVO en 2019) et d'autres sont en cours pour structurer cette offre de soins de façon intégrée en petite et en grande couronne (Paris Est Val-de-Marne en 2024 et le Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est ou GPNE en 2026).

La fragilité de la grande couronne porte essentiellement sur sa périphérie. Elle concerne tous les secteurs (villes et établissements). Les taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers (PH) sont importants (urgences, anesthésie, imagerie, psychiatrie, pédiatrie…) et des zones à faible ou très faible densité en médecine libérale, notamment en premier recours médecins généralistes (MG), pédiatres, ou dans plusieurs spécialités de second recours, s'étendent. La situation est critique pour les territoires impactés par une précarité sociale importante (indice IDH2), avec souvent des problématiques plus globales d'aménagement du territoire et de repli des services publics. Dans ce cadre, les centres hospitaliers de grande taille de la grande couronne se sont impliqués dans un rôle d'animation territoriale de leur groupement hospitalier de territoire (GHT), en lien avec la ville, pour répondre à ce défi de maillage territorial.

Des coopérations public-privé continuent à se développer au sein de la région, parfois portées institutionnellement, parfois à l'initiative d'acteurs de terrain. Ces coopérations public-privé, plus ou moins informelles, tendent à réduire les taux de fuite en MCO, variables selon les territoires et les disciplines. Au total, 72 groupements de coopération sanitaire (GCS) mixtes, associant des partenaires publics et privés, sont en activité au sein de la région, soit un nombre en progression. Le GCS est l'outil juridique le plus utilisé pour mettre en œuvre cette coopération public-privé.

À Paris et en petite couronne, l'offre est très dense. Les plateaux médicotechniques y sont nombreux, souvent concurrentiels. L'AP-HP y exerce une zone d'influence très forte, conjuguant pour l'essentiel activités de proximité, de recours, voire de recours exceptionnel. Les établissements de santé publique d'intérêt collectif (ESPIC), peu nombreux mais souvent dynamiques, ont connu une baisse de leur activité comme les autres établissements du fait de la crise sanitaire des trois dernières années. Les établissements privés à but lucratif poursuivent leur logique de concentration.

Depuis la fin de l'année 2021, l'ARS Île-de-France a labellisé 14 hôpitaux de proximité dont le cadre est prévu par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé. Véritables premiers recours hospitaliers, les hôpitaux de proximité doivent assurer des missions de prévention, de dépistage précoce, de promotion de la santé publique, en plus d'une activité de médecine de proximité qui leur est dévolue. Ils contribuent à l'approfondissement du lien ville-hôpital.

En Seine-Saint-Denis, une partie importante de la population est particulièrement concernée par l'accessibilité financière aux soins. Les établissements de santé, souvent en situation financière dégradée, sont confrontés aux problématiques de masse critique d'activité pour recruter des professionnels de santé et financer leurs investissements. La dispersion des plateaux techniques sur un territoire de 235 km² seulement y est forte.

Enfin, le Service de santé des armées (SSA) et l'Institution nationale des invalides (INI) sont des acteurs essentiels dans l'offre de soins hospitalière de la région. Bien que le SSA représente un peu moins de 1 % des séjours MCO de la région en 2022, les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) peuvent exercer des activités de recours reconnues à l'échelle de la région, comme en cardiologie à l'HIA Percy de Clamart. Les HIA s'inscrivent dans des projets de coopération territoriale : l'HIA Bégin est membre associé des Hôpitaux Paris-Est Val-de-Marne, par exemple.

L'Île-de-France est relativement bien positionnée sur l'hospitalisation à domicile (HAD), avec un taux de recours de 28,1 patients par jour pour 100 000 habitants en 2021, contre 27,5 en moyenne nationale. L'offre d'hospitalisation à domicile en Île-de-France est représentée par 14 structures correspondant à près de 3 500 places et plus de 1 200 000 journées en 2021. Le contexte régional se traduit néanmoins par certains indicateurs défavorables : une très grande hétérogénéité infraterritoriale de recours à l'HAD en population générale, un taux de recours par établissement hétérogène, une proportion trop faible des prescriptions depuis la ville et un très faible nombre d'interventions réalisées dans les établissements médico-sociaux.

En psychiatrie, le niveau de recours aux soins reste inférieur dans la région à la moyenne nationale, tous modes de prise en charge considérés. Pour une moyenne nationale égale à 1, les taux standardisés de recours aux

soins des Franciliens s'élèvent à 0,84 s'agissant de l'hospitalisation à temps plein, 0,72 s'agissant de l'hospitalisation à temps partiel et 0,87 s'agissant des soins ambulatoires[1].

Ce constat global se double de fortes inégalités territoriales au sein de la région. Pour une moyenne régionale égale à 1, les indices varient de 0,87 (Seine-Saint-Denis) à 1,27 (Paris) en hospitalisation à temps plein ; de 0,57 (Essonne) à 1,64 (Paris) en hospitalisation à temps partiel ; de 0,60 (Val-d'Oise) à 1,71 (Paris) concernant les soins ambulatoires[2]. Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires.

La période du projet régional de santé verra la mise en œuvre de deux réformes majeures pour le secteur de la psychiatrie – celle du modèle de son financement et celle de son régime d'autorisation – qui devront contribuer à la réduction des inégalités territoriales et à l'évolution de l'offre de soins, prioritairement dans les territoires les moins dotés.

En 2022, plus de 4,2 millions de passages aux urgences ont été enregistrés en Île-de-France (18 % de l'activité nationale). Le recours aux urgences est en hausse quasi constante depuis 1996, malgré des efforts conséquents de structuration de la permanence des soins ambulatoires. La progression est particulièrement marquée s'agissant des urgences infantiles. **Dans ce cadre, l'articulation entre la prise en charge en ville et aux urgences, en amont comme en aval, doit être renforcée**. Cela passera notamment par la mise en œuvre des mesures du pacte de refondation des urgences, la généralisation des services d'accès aux soins (SAS) dans les huit départements de la région, l'optimisation de l'organisation de permanence de soins ambulatoires et sa déclinaison à d'autres professions (sages-femmes, dentistes, kinésithérapeutes).

La bascule ambulatoire se poursuit dans la région avec une accélération en médecine ambulatoire suite aux années de crise sanitaire.

Concernant la sortie du patient le jour même de son intervention à l'hôpital, 67 % des actes chirurgicaux ont été réalisés en ambulatoire en 2022, l'Île-de-France devenant ainsi la première région de France, avec les Pays de la Loire, en matière de virage ambulatoire en chirurgie. Cependant, avec la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, le taux de chirurgie ambulatoire est resté constant entre 2019 et 2020, éloignant ainsi l'objectif national d'atteindre 70 % en 2022. Un nouvel objectif de 80 % de chirurgie ambulatoire a été fixé par le Haut Conseil de la santé publique.

1 Données ATIH 2021
2 Données ATIH 2021

De la même manière, l'offre et les prises en charge en soins de suite et de réadaptation ont commencé à évoluer vers l'ambulatoire. Ce qui est parfois appelé le « virage ambulatoire » vise avant tout à améliorer la qualité des prises en charge, en diminuant la iatrogénie et en favorisant un retour des patients à des conditions de vie normales le plus rapidement possible, dans de bonnes conditions de sécurité grâce à un système de santé capable de les prendre en charge sur leur lieu de vie.

L'offre médico-sociale : un investissement pluriannuel pour relever les défis démographique et capacitaire

L'offre à destination des personnes âgées

En ce qui concerne les personnes âgées, 2 518 places ont été ouvertes sur la période 2017-2022. Ces installations sont majoritairement consacrées au rattrapage du sous-équipement francilien en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cependant, le taux d'équipement moyen en places d'Ehpad pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus reste stable (74,9 en 2017 *vs* 73,63 en 2022) en raison de l'augmentation de la population âgée de plus de 75 ans sur la même période (+ 8,3 %).

L'effort de création de places nouvelles a porté majoritairement sur les trois départements prioritaires (78, 91 et 93) puisqu'ils ont bénéficié de 58 % des places créées, soulignant la volonté partagée de soutenir les départements les moins bien équipés.

Cet équipement a été complété par des capacités dédiées au soutien à la vie à domicile avec l'intervention de services de soins infirmiers à domicile dont le nombre de places a progressé de 2,14 % (+ 350 places). De nouvelles modalités d'intervention ont permis de diversifier l'offre, notamment par la mise en place de services renforcés et d'interventions de nuit.

Les personnes en situation de handicap

Le sous-équipement de l'Île-de-France en offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap persiste.

Dans le champ du handicap, plus de 2 400 places ont été créées sur l'ensemble de la durée du deuxième projet régional de santé (PRS2) correspondant à un nombre bien supérieur de solutions pour les enfants et les

adultes en situation de handicap. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2022-2026 prévoit par ailleurs le financement de 2 700 solutions nouvelles jusqu'en 2026.

En termes de réduction des inégalités d'accès, ce sont les territoires les moins bien dotés qui ont bénéficié des autorisations nouvelles : pour les adultes la Seine-Saint-Denis, Paris et les Hauts-de-Seine, et pour les enfants la Seine-Saint-Denis, Paris et les Yvelines. Au demeurant, le sous-équipement de la région Île-de-France persiste avec un écart au taux d'équipement France métropolitaine de 2,75 points pour les enfants (taux d'équipement agrégé établissements et services) et de 1,14 pour les adultes (taux d'équipement agrégé MAS, EAM et foyers de vie). La Conférence nationale du handicap 2023 a annoncé un plan de développement massif de l'offre (plan Inclus'IF 2030) pour lequel l'Île-de-France est annoncée, ainsi que l'outre-mer, comme prioritaire.

L'offre en promotion de la santé et en prévention

L'offre en promotion de la santé et en prévention peut être structurée selon plusieurs axes :

Les acteurs de promotion de la santé en Île-de-France sont très nombreux, allant d'associations locales à de grands opérateurs régionaux. Dans ce panorama, les collectivités locales jouent également un rôle important. Plusieurs points sont à relever.

D'une part, les **inégalités territoriales concernent également l'intervention des acteurs associatifs**. Certains territoires bénéficient d'une forte densité d'intervenants (notamment Paris et la Seine-Saint-Denis), cependant que la grande couronne, et singulièrement la Seine-et Marne, sont moins dotées.

D'autre part, il est nécessaire de soutenir des acteurs de proximité, souvent de petite dimension : ce soutien passe aussi par une aide à la coopération territoriale, dont les coopératives d'acteurs et les contrats locaux de santé peuvent constituer des outils opérationnels.

Enfin, à l'occasion du Covid-19 ont émergé de nouveaux intervenants, mieux à même de peser sur l'interface entre déterminants socio-environnementaux, notamment dans le champ du logement et celui de la ville. Le cadre d'action de ces acteurs se structure selon le principe des coalitions et des alliances , avec dans plusieurs grands champs, un ensemble d'intervenants de la société civile.

La prévention individuelle et médicalisée est structurée jusqu'ici en grands dispositifs historiques, que sont les centres de lutte antituberculeuse (CLAT), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), les centres de vaccination, et les maisons des adolescents (MDA), et certains dispositifs d'addictologie : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les consultations jeunes consommateurs (CJC). Si les CLAT et les MDA couvrent de façon relativement équitable le territoire, il n'en va pas de même pour les dispositifs d'addictologie, qui sont plus concentrés à Paris et en petite couronne, et encore moins pour les CEGIDD, qui sont issus le plus souvent d'une histoire centrée sur Paris intra-muros. Le rééquilibrage géographique, qui permet d'assurer un meilleur accès au dépistage mais aussi à des programmes tels que la PrEP ou la réduction des risques, n'a pas été significatif durant le PRS précédent.

De nouveaux dispositifs de prévention individuelle ont vu le jour dans le champ du sport-santé et de l'activité physique générale et/ou adaptée : maison sport-santé, programmes passerelles, etc. Ces dispositifs viennent compléter une offre en éducation thérapeutique du patient (ETP) qui s'oriente progressivement vers l'ETP de ville, non hospitalière.

À l'issue du PRS2, **plusieurs grands mouvements doivent être confortés et amplifiés.**

- Le rôle de la médiation en santé est majeur et a été fortement réaffirmé dans le cadre du CNR. La médiation en santé se développe dans l'ensemble des territoires, mais à une vitesse encore insuffisante, ce qui implique de conforter le statut des personnes et les systèmes de formation. Il en va de même de la pair-aidance.
- L'aller-vers a pris une place également décisive, en direction non seulement des personnes les plus démunies, mais également de personnes simplement modestes, isolées ou éloignées du soin. Dans cette logique d'aller-vers, les établissements de santé jouent désormais un rôle important.
- Le développement de la littératie en santé est un concept qui est désormais identifié comme un des leviers opérationnels pour réduire les inégalités sociales de santé. L'un des enjeux importants des années à venir est le développement de stratégies dans les territoires permettant le renforcement de la littératie.

L'Assurance maladie a développé des actions de prévention individuelle et médicalisée de grande ampleur. Les expérimentations mises en œuvre lors du Covid-19 démontrent que les CPAM sont en capacité, à partir des

données dont elles disposent, d'initier des actions dites de « ramener-vers » permettant d'atteindre les groupes sociaux les plus éloignés, et ainsi de rattraper une partie des inégalités.

En Île-de-France, l'offre en promotion de la santé, et surtout en prévention individuelle et médicalisée, doit davantage encore être articulée avec le dispositif de prise en charge. C'est le cas en particulier dans le champ de la périnatalité et celui de la santé mentale, deux priorités du PRS. Cette articulation se traduit à la fois par l'émergence de nouveaux dispositifs, tels que l'implantation de psychologues au sein de l'hébergement d'urgence, et la mise en œuvre par les équipes soignantes de démarches prenant plus explicitement en compte les déterminants de santé, comme par exemple dans certaines équipes hospitalières de Seine-Saint-Denis.

Elle se traduit aussi par une meilleure articulation de l'ETP avec d'autres champs de la santé publique (environnement, précarité, etc.).

La santé des personnes les plus démunies et les plus exclues, qui fait l'objet du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), a appelé le développement du dispositif de soins résidentiels, dispositif qui a vocation à être encore renforcé, mais aussi des démarches innovantes. En particulier, la mise en place des équipes mobiles prévues par le Ségur de la santé – équipes médico-sociales spécifiques, permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles, renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) – constitue un tournant dans la construction d'un aller-vers adapté.

Au total, les moyens consacrés à la prévention et à la promotion de la santé ont crû de façon significative en Île-de-France dans les dernières années. L'un des enjeux essentiels est de structurer l'offre dans un triple objectif : répondre aux besoins des habitants, et notamment de ceux plus éloignés des politiques publiques ; territorialiser et conforter l'offre locale ; réduire les écarts territoriaux.

Pour cela, nous souhaitons que le mouvement de promotion de la santé s'appuie sur plusieurs points structurants :

- le développement de la stratégie de plaidoyer, permettant de peser sur les politiques publiques non sanitaires à travers des démarches fondées sur des données probantes ;
- la mise en place de grandes coalitions régionales permettant de mobiliser les acteurs de la société civile sur les déterminants de santé ;
- la confortation de chacun des grands systèmes de santé publique, en particulier de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé scolaire, et la convergence de leur pratique avec l'Agence et l'Assurance maladie ;
- la structuration plus forte des contrats locaux de santé, objet de partage de diagnostic et d'action, articulés avec les contrats de ville et les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

La généralisation d'actions coopératives à l'échelle territoriale fine, doit permettre la convergence des acteurs de proximité autour d'objectifs partagés.

2 Où voulons-nous être en 2028 ?

Le cadre d'orientation stratégique a pour ambition de fixer les contours de notre politique de santé régionale pour les dix années à venir, en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Il s'agit de définir les objectifs et les résultats attendus afin de faciliter au quotidien le parcours de santé des Franciliens, d'améliorer la réponse aux besoins de la population, en renforçant en particulier la prévention et la promotion de la santé, de favoriser l'accès à l'innovation pour contribuer à la pérennité et l'équité du système de santé, de contribuer à rendre chaque Francilien acteur de sa santé pour renforcer la démocratie en santé et de mobiliser les politiques publiques au service de la santé.

De manière plus globale, l'ensemble des orientations et actions du projet régional de santé concourent à conforter la place du système de santé régional comme un **bien commun** de l'ensemble des Franciliens, de par son accessibilité, sa qualité ou sa contribution à **l'intérêt général**. Le respect des principes de l'éthique est également au cœur des préoccupations de l'Agence : à ce titre, l'Espace Éthique Régional continuera de constituer une ressource et un appui.

L'Agence s'est pour cela fixé plusieurs principes structurants.

PREMIER PRINCIPE

La réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets

En Île-de-France, la cohabitation des deux logiques de construction des inégalités (d'une part, un gradient social très marqué avec de fortes valeurs extrêmes, d'autre part, une concentration de l'exclusion et de la grande précarité) impose de construire une politique publique conforme aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : nous devons mettre en œuvre avec effectivité le principe d'universalisme proportionné, seul capable de répondre au gradient social, ce qui signifie piloter des politiques universelles mais fortement renforcées dans les territoires ou à l'égard de populations moins favorisées ; nous devons mettre en œuvre un universalisme ciblé, prenant en compte les difficultés spécifiques (notamment en termes de médiation ou d'interprétariat) ; enfin, nous devons mettre en place une approche adaptée – notamment en termes de passerelles – en direction des personnes les plus précarisées. Ces trois approches sont interdépendantes (l'universalisme proportionné bénéficie aussi aux plus pauvres ; et les actions en direction des plus pauvres sont en général de puissants leviers de transformation du système de santé), mais ne doivent pas être confondues. Par ailleurs, l'intervention précoce, la participation des habitants et l'intervention renforcée autour des déterminants de santé seront des principes également mis en œuvre. La feuille de route « inégalités sociales de santé » élaborée par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévoit cinq principes simples devant être pris en compte dans toute l'action des pouvoirs publics, notamment l'impératif d'énoncer dans l'ensemble des projets et des pratiques professionnelles la manière dont ils contribuent à la réduction des inégalités.

Ainsi, les modes d'intervention doivent s'adapter aux situations de chacun et notamment à la plus ou moins grande proximité initiale, induite par les conditions psycho-sociales, par rapport au système de santé. L'évolution du système de santé doit également tenir compte des fragilités des uns et des autres. La réduction des durées de séjour à l'hôpital, par exemple, n'a pas les mêmes conséquences en fonction du degré d'autonomie, d'isolement social ou des conditions de résidence de chacun.

Ce choix doit permettre de répondre aux défis prioritaires auxquels notre système de santé est confronté. En effet, le vieillissement et le développement des maladies chroniques qui touchent aujourd'hui près d'un Francilien sur six n'ont pas les mêmes incidences selon les situations socio-économiques et suivant les territoires. De même, réduire les inégalités dans la période périnatale dans la prime enfance et aux différents stades du développement impose de prendre en compte les déterminants qui fondent les écarts entre catégories sociales à ces étapes.

Plus globalement, une attention systématique est portée à la question de la dimension socio-économique de l'accessibilité à la prévention et aux soins.

DEUXIÈME PRINCIPE

Il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques

La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé comme un « état de bien-être total » conduit à élargir les préoccupations largement au-delà de la seule approche par la pathologie. La préoccupation des politiques de santé doit être, avant tout, de viser à l'atteinte de ce bien-être et d'éviter la survenue de la maladie. **La prévention constitue donc le premier objectif en la matière** : elle doit permettre, dès le plus jeune âge, de réduire les facteurs de risques qui pèsent durablement sur la santé tout au long du parcours de vie. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres. Nous devons pour cela agir dans plusieurs directions à la fois : le champ de la prévention médicalisée individuelle doit voir les dispositifs spécifiques renforcés, mais aussi une extension majeure des pratiques cliniques préventives par les professionnels de santé dans leur ensemble. La promotion de la santé doit mobiliser, sur la base des données probantes désormais disponibles, les pratiques de santé communautaire (approches collectives) et les interventions sur les déterminants de santé, donc dans et sur les milieux de vie – incluant école et travail. L'extension conjointe des approches individuelles, communautaires et collectives, et par les déterminants, est l'une des conditions pour que la promotion de la santé contribue à la réduction des inégalités de santé.

La protection des populations s'étend au cadre et à la qualité de vie, et suppose un renforcement des actions sur les déterminants environnementaux et urbains de la santé en s'appuyant en particulier sur la dynamique impulsée dans le cadre des projets. Là encore, le renforcement des dispositifs de surveillance, de diagnostic local et le partage de l'information devront être développés, les coopérations et la coordination avec les autres opérateurs publics et privés renforcées.

Il existe pour cela des leviers importants. En premier lieu, la programmation de l'allocation des ressources devra respecter cette priorité. Mais la mobilisation des autres acteurs et politiques publics sur quelques thèmes clés est essentielle, car la région dispose de ressources de toutes natures qu'il convient de mobiliser et coordonner plus efficacement. Les poli-

tiques relatives au logement, à l'habitat, aux jeunes, à l'éducation, constituent ainsi des enjeux fédérateurs et porteurs d'effets de levier potentiels très importants sur l'ensemble du système de santé. La programmation de l'ARS Île-de-France doit donc être articulée avec celle d'autres partenaires institutionnels à travers, par exemple, le plan régional santé-environnement (PRSE) ou le plan régional de santé au travail. Elle doit mobiliser les leviers de politiques institutionnelles transverses, notamment la politique de la ville.

TROISIÈME PRINCIPE

L'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action

Ce cadre d'orientation stratégique porte l'ambition d'un système de santé plus intégré, décloisonné, constitué autour de parcours territorialisés, personnalisés, organisés au plus près du lieu de vie, ce qui nécessitera une plus grande coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, seule à même d'assurer la pertinence et la qualité de la prise en charge, ainsi que de la bonne utilisation des ressources collectives.

Plusieurs approches territoriales coexistent :

- le **maillage institutionnel**, organisé au niveau des territoires de démocratie sanitaire et qui constitue l'échelle d'analyse des conseils territoriaux de santé ;
- le **maillage de la planification sanitaire**, décliné dans le schéma régional de santé ;
- le **maillage de proximité**, voire de très grande proximité : c'est celui des contrats locaux de santé, de la politique de la ville, dont les enjeux se situent souvent à un niveau très fin. Ce peut aussi être celui de certains objectifs de la contractualisation ;
- enfin, le **maillage de mobilisation des acteurs** permet d'accompagner sur des territoires à géométrie variable dits **« territoires de coordination »** des réponses propres à une problématique particulière. Ce quatrième niveau, le plus propice à l'organisation des acteurs, à leur coordination et à la mise en œuvre de projets, sera le plus stratégique pour la mise en œuvre du projet régional de santé.

L'approche territoriale s'appuiera donc en premier lieu sur la prise d'initiatives locales, favorisant ainsi l'appropriation et la diffusion des innovations organisationnelles, et visera à apporter une réponse globale et coordonnée en termes de prévention, de soin, d'accompagnement et de soutien. Elle placera la proximité au centre de ses préoccupations. À ce titre, **les conseils territoriaux de santé joueront un rôle important dans le déploiement des actions prévues par le PRS, mais également dans l'identification d'initiatives et de projets locaux à soutenir.** Leur contribution au volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) sera ainsi appelé à se renforcer au cours des années à venir.

Indépendamment des périmètres existants (démocratie en santé, activités de soins…), il conviendra de définir, à partir des lieux de vie, de façon volontaire, progressive et souple, le niveau de réponse de proximité et de coordination et celui plus large d'appui et de recours mobilisant l'ensemble des moyens nécessaires.

Le rôle des collectivités locales en Île-de-France est majeur : à la fois en ce que les élus sont les représentants des habitants et de leurs besoins, disposent eux-mêmes et/ou par leurs services d'une expertise et d'une légitimité, et mettent en œuvre des stratégies participatives importantes ; en ce que ces collectivités mènent également des politiques publiques dont l'impact en santé est décisif ; et en ce que, souvent, elles sont impliquées soit dans la mise en œuvre d'actions de prévention, soit dans la mise en œuvre de démarches d'accès aux soins. La coopération avec ces collectivités, c'est-à-dire les communes franciliennes, les huit conseils départementaux et le conseil régional, dans un respect et une écoute réciproques et exigeants, se traduira par la poursuite des partenariats noués depuis plusieurs années, et par ailleurs renforcés par la crise du Covid-19. Elle passera également par les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM), mais aussi par l'ensemble des processus d'animation et de gouvernance territoriale en santé. Cette coopération avec les collectivités doit s'étendre à la fois aux collectivités émergentes (intercommunalités, métropole…) et aux grands opérateurs publics dans des domaines qui impactent la santé – transports et urbanisme, notamment.

Des gouvernances territoriales renouvelées devront relier contractuellement, dans des champs de responsabilité et d'autonomie explicites, les usagers et les acteurs de santé avec l'Agence régionale de santé Île-de-France fédérant les porteurs des politiques publiques à même d'influer sur les déterminants de santé ou d'agir sur la promotion de la santé et, en premier lieux, les collectivités territoriales. Cette gouvernance devra permettre d'élaborer des diagnostics partagés, de prioriser les actions à mettre en œuvre et de **catalyser les initiatives issues du terrain**. Les livrables du projet régional de santé constitueront une « boîte à outils » pour ces projets et l'Agence sera positionnée en repérage et en appui des initiatives.

Dans ce cadre, les réponses aux besoins et les modalités de prise en charge doivent être pensées autour d'équipes intégrant fonctionnellement, dans le respect des modes d'exercice, la pratique ambulatoire et en établissement. Les projets soutenus seront portés sur la base des propositions des acteurs locaux.

Cette coordination sera facilitée et structurée par l'échange et le partage d'informations relatives au patient qui seront mobilisées par l'ensemble des acteurs, au-delà des murs d'un établissement sanitaire ou médico-social, d'un cabinet, d'une maison ou d'un centre de santé, d'un service à domicile. Au-delà du renforcement des **outils numériques** d'appui à l'exercice professionnel, la coordination devra reposer sur le travail coopératif/collaboratif entre les acteurs concernés.

L'approche territoriale se fondera enfin sur la **mobilisation des données.** De nombreuses avancées ont été réalisées au cours des dernières années pour structurer et mettre à disposition une multitude de bases de données, outils de suivi, de pilotage, de data-visualisation et de cartographie (ex. : météo des urgences, données Covid et vaccination pendant la crise sanitaire de 2020-2021, publications de l'ORS, zonage médical, Santégraphie, etc.), dont un certain nombre en open data et accessibles par le grand public. Ces outils continueront à être développés et serviront également **d'outils de pilotage** de nos différentes politiques publiques, de la phase de diagnostic, qui se basera notamment sur des analyses territoriales pour tenir compte de situations potentiellement hétérogènes entre les différents territoires d'Île-de-France, jusqu'au suivi de la mise en œuvre des actions en se fondant sur une analyse régulière et chiffrée des résultats obtenus.

QUATRIÈME PRINCIPE

Le renforcement des moyens d'action sur la santé périnatale et la santé mentale est une priorité

L'analyse de l'état de santé des Franciliens début 2023 montre que la crise a amplifié certains phénomènes, qui étaient parfois à l'œuvre depuis plusieurs années. C'est particulièrement le cas de la dégradation de la santé mentale, notamment des plus jeunes. Les indicateurs de la santé périnatale, et notamment le taux de mortalité infantile, montrent, quant à eux, une position défavorable de la région Île-de-France, tant en niveau, qu'en tendance. Ces constats ont conduit l'Agence régionale de santé Île-de-France à faire de ces deux thématiques des priorités d'action fortes pour les cinq prochaines années.

Faire de l'amélioration de la santé périnatale une priorité pluriannuelle

La santé périnatale concerne la santé de la femme de la période préconceptionnelle au postpartum, ainsi que celle du fœtus et du nouveau-né. Son amélioration associe des actions de prévention-promotion de la santé, des soins ambulatoires, des soins non programmés et des soins critiques. La **période de la grossesse et des 1000 premiers jours de vie est cruciale** pour permettre à l'enfant de construire son capital santé (somatique et psychique) pour l'âge adulte. Il s'agit aussi d'une opportunité de prévention secondaire de certaines maladies chroniques de la mère (cardiovasculaires, métaboliques, psychiatriques...).

Les **indicateurs périnatals franciliens** (notamment mortalité et morbidité maternelles, périnatales et infantiles, prématurité, petit poids de naissance) sont non seulement **inférieurs à ceux constatés dans les autres régions,** mais ils sont aussi marqués par les **inégalités sociales et territoriales** importantes et persistantes.

Les tensions sur les ressources humaines en santé périnatale, particulièrement vives en Île-de-France, sont venues majorer les effets de **l'inégale répartition de l'offre de soins, concentrée sur Paris**. Moins bien dotés en termes d'offre de soins et de prévention, les territoires socialement défavorisés et/ou éloignés du centre de la région ne voient pas leurs indicateurs s'améliorer, malgré les plans d'action engagés sur certains territoires.

Au cours des dernières années, l'ARS Île-de-France a déployé, en lien avec ses partenaires et les acteurs du champ de la périnatalité, des plans d'action qui n'ont pas atteint les objectifs escomptés. Il convient de **renforcer encore les moyens** alloués à la périnatalité, de **poursuivre les expérimentations et innovations organisationnelles,** et **de diffuser des pratiques** qui ont fait leurs preuves ou ont été jugées prometteuses.

Des actions prioritaires doivent améliorer la pertinence de l'orientation et de **l'accompagnement personnalisé dès le début du suivi de la grossesse** grâce à un repérage des vulnérabilités ou des facteurs de risques médico-psycho-sociaux, et à l'adéquation du lieu de naissance avec celui du suivi postnatal. La qualité de ces parcours repose sur une **coordination des acteurs** de la périnatalité de façon multi-professionnelle en transversalité grâce à des équipes territoriales ville-hôpital incluant le secteur libéral, les centres de santé, les services de PMI et les maternités. Ces équipes doivent pouvoir partager leurs protocoles, les informations nécessaires à la cohérence et la continuité des soins et analyser leurs résultats. Cette organisation est confortée par des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (anciens réseaux de santé en périnatalité) bien implantés sur le territoire.

L'amélioration des parcours doit passer également par une meilleure efficience dans l'utilisation des ressources, tout en respectant le choix des parents. L'accompagnement personnalisé dès le début de la grossesse est un facteur d'efficience surtout dans les situations complexes. Il est à promouvoir et à renforcer, notamment dans les territoires qui cumulent les difficultés.

L'universitarisation et les postes partagés doivent être développés en grande couronne et dans le département de Seine-Saint-Denis, pour s'adapter aux évolutions démographiques de la population et favoriser l'attractivité de toutes les professions de la périnatalité.

La **collaboration avec des équipes de recherche** doit contribuer à développer des programmes de recherche interventionnelle sur les systèmes de santé et sur l'impact du gradient social et des inégalités de santé (pauvreté, absence de droits sociaux, exclusion du logement, santé environnementale…).

Le **suivi des indicateurs** concernant les déterminants de santé, les facteurs de risques, les pratiques médicales ou la consommation de soins et les résultats de santé doit être renforcé, diffusé aux professionnels et accessible aux usagers pour permettre d'améliorer les organisations et inscrire la santé périnatale dans toutes les politiques publiques.

Mieux prendre en charge et améliorer la santé mentale des Franciliens

« Il n'y a pas de santé sans santé mentale » (OMS, 2013). La santé mentale est une part intégrante de la santé, et ses **déterminants sont multiples** – d'ordre individuel, socio-économique et sociétal – et fortement intriqués. Structurellement, l'Île-de-France présente des spécificités ambivalentes, cumulant de nombreux **facteurs protecteurs** (revenus, emplois, éducation, infrastructures…) et autant de **facteurs de vulnérabilité** (inégalités sociales, isolement, statut migratoire…).

Au cours des cinq dernières années**, l'état de santé mentale de la population francilienne s'est dégradé,** comme l'illustre la prévalence des épisodes dépressifs dans la région, de niveau plus élevé (14 % en 2021 dans la région, contre 12 % hors Île-de-France) et plus dynamique que dans le reste du pays (+ 67 % en Île-de-France chez les 18-75 ans, contre + 30 % hors Île-de-France). Exacerbée par la crise sanitaire, cette altération de l'état de santé mentale des Franciliens s'observe en réalité de manière continue depuis 2010, et **concerne tout particulièrement les adolescents et les jeunes**.

Ces besoins en forte hausse s'inscrivent dans un **contexte de démographie professionnelle défavorable et de fortes tensions sur l'offre de soins**, en ambulatoire comme en hospitalisation, qui s'expriment au sein des secteurs et des services d'accueil des urgences.

L'enjeu est donc de **garantir l'accès aux soins** et la continuité des prises en charge, à tous les âges, et tout particulièrement parmi les plus jeunes et les populations les plus vulnérables. L'enjeu est également **d'agir sur les déterminants** de la santé mentale le plus en amont possible. L'enjeu est enfin **d'accompagner les personnes concernées et leur entourage** dans leur parcours de santé et de vie.

Les Assises de la santé mentale ont permis d'engager de nombreuses actions qui doivent encore être prolongées et renforcées pour produire pleinement leurs effets, en :

- amplifiant l'investissement dans la **prévention et la promotion** en santé mentale, ce qui implique une approche globale incluant le contexte de vie, mais aussi dans le **repérage et l'intervention précoce**, et en mobilisant les acteurs et les partenaires bien au-delà du système de soins ou de santé ;
- **renforçant l'offre de soins de manière ciblée**, dans un contexte de tensions sur les ressources humaines, dans une optique de correction des inégalités territoriales, et en donnant la priorité à la structuration de certaines filières telles que la prise en charge des premiers épisodes ou la prise en charge de la crise et des urgences psychiatriques… – la période verra la mise en œuvre de deux réformes majeures, celle du modèle de financement et celle des autorisations d'activités en psychiatrie ;
- inscrivant pleinement la psychiatrie et les professions du champ de la santé mentale dans la **politique de ressources humaines en santé**, et en envisageant des mesures spécifiques favorisant l'attractivité de la discipline et la promotion de nouvelles pratiques et organisations ;
- poursuivant la promotion et le soutien aux pratiques orientées **rétablissement** en santé mentale.

Ainsi, la stratégie régionale au cours des cinq prochaines années s'articulera autour de **trois axes** :

1. Promouvoir la bonne santé mentale, agir sur ses déterminants multiples, et prévenir et repérer précocement les troubles psychiques.
2. Renforcer l'offre de soins de santé mentale, en assurant une meilleure gradation des prises en charge et en améliorant l'accessibilité dans les territoires les plus en besoin.
3. Promouvoir le rétablissement et l'autodétermination tout au long du parcours de soins et de vie des personnes concernées par le handicap psychique.

3 Nos axes de transformation

Le deuxième projet régional de santé (PRS2) déclinait les actions prioritaires de l'Agence régionale de santé Île-de-France sur la période 2018-2022 en cinq axes stratégiques de son SRS :

- promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires ;
- apporter une réponse réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente ;
- assurer un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche ;
- permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé ;
- inscrire la santé dans toutes les politiques.

Ces axes, qui englobent des actions mises en œuvre au cours de la période précédente, découlaient notamment de l'identification d'enjeux propres au territoire francilien et à l'état de santé de sa population en 2017.

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

Le bilan du PRS2, son évaluation externe, le diagnostic de l'état de santé des Franciliens à début 2023 (cf. partie 1) ainsi que les retours d'expériences des différentes crises ayant traversé la région ont permis d'identifier les axes à poursuivre et à approfondir et les orientations nouvelles à prendre.

Le SRS 2023-2028 poursuit ainsi les actions et objectifs fixés dans quatre des cinq axes stratégiques de la période précédente :

- **poursuite de l'investissement sur la structuration de parcours de santé et de filière de soins**, en identifiant plusieurs parcours prioritaires et en fixant des objectifs visant à la maturité des dispositifs de coordination ;
- **renforcement de l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins des territoires**, s'agissant de l'offre de premier recours, des soins non programmés, de l'offre à destination des personnes handicapées ou des personnes âgées ;
- **priorité donnée aux politiques de promotion de la santé et de la prévention**, ainsi que, plus globalement, au renforcement du **pouvoir d'agir des citoyens** en ce qui concerne les thématiques de santé ;
- **mobilisation de l'ensemble des partenaires publics et privés régionaux** afin d'inscrire la santé dans l'ensemble des politiques.

Deux nouvelles thématiques sont par ailleurs élevées au rang d'axes stratégiques du SRS :

- **l'attractivité des ressources humaines en santé :** cette thématique présente dans le PRS2 sous forme de programmes de mise en œuvre est structurante pour l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs du PRS lui-même. La désertification médicale, les tensions hospitalières ainsi que les difficultés de recrutement dans le secteur médico-social nécessitent, en effet, de faire de cette thématique un élément central de ce PRS3 ;
- **la nécessité de renforcer la logique d'anticipation**, qu'il s'agisse de la gestion des crises sanitaires, de la menace cyber ou encore de l'adaptation au changement climatique. L'axe 5 du nouveau SRS propose un certain nombre d'actions qui seront déclinées au cours des cinq années à venir afin d'adapter le système régional de santé à l'ensemble de ces risques, dont certains sont d'ores et déjà matérialisés.

AXE DE TRANSFORMATION N°1

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

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

Dédier un axe plus spécifiquement à la prévention et au pouvoir d'agir est une position de principe forte du PRS, qui vient compléter et approfondir ce que les autres axes du schéma régional de santé développent également en ce sens, notamment le renforcement des parcours de santé qui intègrent la prévention ; la structuration territoriale de la réponse aux besoins ; la valorisation des métiers de santé publique ou bien encore la prise en compte des déterminants de santé. Il convient de considérer que la prévention et la promotion de la santé sont des outils indispensables à la réduction des inégalités sociales de santé, qu'elles mobilisent des compétences et des méthodes identifiées et validées qui garantissent l'efficacité d'une telle approche.

Cet axe de transformation s'articule en trois parties. La première s'intéresse aux méthodes et outils qui devront être mobilisés pour rendre les programmes et projets de prévention pertinents et efficaces, en y incluant la question de l'appropriation des connaissances, de la diversification des moyens de formation des porteurs de projet en santé publique et du développement de la recherche-intervention. L'implication et la participation des habitants/usagers à toutes les étapes, le travail croisé avec les acteurs de champs extérieurs (habitat, éducation, urbanisme, justice, etc.), sont à ce titre des éléments centraux.

Une deuxième partie s'intéresse spécifiquement à la question du pouvoir d'agir et à la démocratie en santé en tant que concepts pratiques permettant d'améliorer la santé des populations et l'appropriation des

connaissances en santé. Le pouvoir d'agir est un outil incontournable de développement des prises de décision du plus grand nombre sur son environnement de santé.

Enfin, une troisième partie aborde les thématiques phares de santé publique, et pour lesquelles des programmes ou des feuilles de route régionales viendront approfondir, et décliner dans les territoires, le travail engagé (addictions, santé sexuelle, santé de la femme, vaccination, lutte contre la tuberculose, santé des personnes sous main de justice) dans le cadre de stratégies nationales existantes.

AXE DE TRANSFORMATION N°2

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

L'Île-de-France est marquée par une **hétérogénéité de l'accès au système de santé** dans un contexte d'inégalités sociales, de disparités et de fragmentations territoriales dans la répartition de l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention.

Notre société connaît par ailleurs un **vieillissement** de la population et une **augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et des polypathologies**. Cela se traduit notamment par une hausse du recours aux soins non programmés induisant une saturation des services des urgences. Or, pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, les décompensations pourraient être mieux anticipées et ces soins évités. Dans ce contexte, l'organisation actuelle doit poursuivre son évolution pour répondre à cette transition démographique et épidémiologique.

Par ailleurs, la question des ruptures dans le parcours de santé présente des caractéristiques spécifiques et encore plus pénalisantes pour la santé des **personnes en situation de grande précarité.**

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

Le parcours se définit comme la trajectoire de santé d'une personne au sein d'un territoire en la plaçant au centre du dispositif. Il englobe une notion temporelle et spatiale, pour que la prise en charge soit coordonnée tout au long de la vie mais aussi organisée au plus près du domicile des patients ou usagers. Le parcours doit être garant d'une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente. Il doit mobiliser dans une cible d'intégration fonctionnelle volontaire et progressive l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social, et

prendre en compte les besoins et les choix des personnes, les ressources et les contextes territoriaux, ainsi que les déterminants individuels et sociaux.

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

- poursuivre les efforts de mise en place des différents leviers : renforcement des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, du lien ville-hôpital, des prises en charge en ville et au domicile en organisant l'offre de premier recours et de proximité et en accompagnant le développement des offres alternatives à l'hospitalisation complète, notamment l'hospitalisation à domicile ;
- œuvrer pour que la cible des parcours de santé soit territoriale autour du lieu de vie, intégrant la prévention, le soin, l'accompagnement et le soutien en mettant en commun non pas tant des structures que des compétences, des services et, bien sûr, des outils, notamment numériques.

Cet axe propose des actions concourant à ces différents objectifs : d'une part, il prévoit le renforcement et la meilleure articulation des organismes assurant la coordination des parcours de santé (fiche 2.1), et, d'autre part, il liste 16 parcours et filières de soins prioritaires qui devront continuer d'être mieux structurés (fiches 2.3 à 2.20). Il aborde notamment la périnatalité et santé mentale, priorités thématiques pour les cinq années à venir (fiches 2.7 et 2.8), ainsi que la cancérologie, le parcours de certaines maladies chroniques ou encore des thématiques telles que les soins palliatifs et la santé bucco-dentaire, etc. L'amélioration du parcours de santé des personnes handicapées et des personnes âgées est également traitée spécifiquement (fiches 2.3 à 2.6).

AXE DE TRANSFORMATION N° 3

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

Disposer d'une offre de soins accessible et adaptée, tant en ville qu'à l'hôpital ou dans le médico-social, constitue une priorité. Pour autant, les défis à relever sont nombreux. En effet, en 2022, l'Île-de-France est devenue le **premier désert médical** de France métropolitaine hexagonale et fait face à des **difficultés d'accès aux soins** et à des **disparités territoriales de répartition des professionnels** de santé. **L'offre hospitalière est dense mais cependant inégalement répartie** dans la région, rendant nécessaire une stratégie territoriale de coopération et de gradation des soins. Par ailleurs, le **vieillissement** de la population et l'augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** impliquent de renforcer et de faire évoluer l'offre de soins. Enfin, les **inégalités sociales** de santé restent très marquées, rendant nécessaire la mise en place d'actions spécifiques pour garantir l'accès à l'offre de soins aux personnes les plus fragiles.

Pour répondre à ces défis, l'axe 3 du PRS3 vise à doter le système de santé régional pour les cinq prochaines années de **l'ensemble des leviers, moyens et outils permettant d'accroître la qualité et la performance des parcours de prise** en charge des patients dans un souci de **réponse aux besoins du territoire** et de **réduction des inégalités sociales de santé.**

Il s'agira tout d'abord de **faciliter l'accès des patients aux professionnels de santé en ville** sur l'ensemble du territoire (fiches 3.1 et 3.2), d'améliorer la **coordination des prises en charge** en renforçant les structures d'exercice coordonné, les liens ville-hôpital et la coopération entre l'ensemble des acteurs du système de santé, de renforcer l'offre de **soins non programmés** en ville et à l'hôpital (fiches 3.1 à 3.3), de favoriser la **gradation des soins,** en s'appuyant sur les GHT, l'AP-HP, les coopérations public-privé et les hôpitaux de proximité, et l'évolution des **plateaux médico-techniques** (fiche 3.4 et 3.5). Une fiche 3.6 est consacrée à la problématique du don d'organes et du don du sang en Île-de-France.

L'offre médico-sociale sera également renforcée durant la période du PRS3 à destination des **personnes âgées,** qu'il s'agisse de l'offre en établissement ou des dispositifs permettant le maintien à domicile (fiche 3.7), des **personnes en situation de handicap** grâce à la mise en œuvre d'un

plan de développement de l'offre – plan Inclus'IF 2030 (fiche 3.8) ou des **personnes en difficulté spécifique** par le développement de l'offre en soins résidentiels et en équipes mobiles (fiche 3.9).

Le renforcement et la modernisation de l'offre, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, requièrent des **investissements** très conséquents, priorisés notamment à l'aune des besoins de chaque territoire et d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (fiche 3.10).

Il s'agira également de poursuivre et d'accélérer la **transformation numérique** du système de santé afin de faciliter, via les outils numériques, l'accès aux soins et la pratique quotidienne des professionnels, et de rendre les Franciliens acteurs de leur santé (fiche 3.11).

Il s'agira enfin de mobiliser les professionnels et les usagers pour garantir la **qualité et la pertinence des soins** (fiche 3.12).

AXE DE TRANSFORMATION N°4

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

Les ressources humaines en santé (RHS) demeurent un sujet d'attention prioritaire pour l'Agence régionale de santé Île-de-France au regard des tensions que subissent les soins de ville et les établissements (tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social), tensions qui fragilisent aujourd'hui l'offre de soins et d'accompagnement.

La crise sanitaire a davantage accentué ces tensions, mettant à mal la capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

La mise en place des mesures issues du Ségur de la santé a constitué un des leviers permettant de lutter contre ces tensions RH en mettant en place des mesures d'attractivité et de fidélisation.

La mise en œuvre en 2022 des mesures issues de la « mission flash » portant sur les soins urgents et non programmés, puis des mesures ministérielles portant sur les tensions en ressources humaines, a témoigné de la volonté des pouvoirs publics d'actionner rapidement des dispositifs de soutien organisationnels et financiers, afin de pouvoir continuer à répondre aux besoins de santé de la population.

Pour autant, les tensions RH perdurent et s'aggravent. La démographie des professionnels de santé reste problématique à la fois en densité par rapport à la population à couvrir, mais également en termes de répartition entre les différents territoires franciliens (cf. diagnostic de la partie « Atouts, contraintes et défis du système de santé en Île-de-France »).

Par ailleurs, **face à un vieillissement des professionnels, notamment médicaux**, les nouveaux arrivants ne permettent pas, pour certaines professions, de compenser les départs en retraite des cinq prochaines années. Et compte-tenu du temps nécessaire pour former un médecin, l'augmentation du capacitaire de formation médicale ne peut constituer l'unique réponse et garantir, à elle seule, une répartition équitable entre les différents territoires.

Les solutions pour garantir l'accès aux soins devront donc s'appuyer sur :

- **les formations des filières paramédicales ou éducatives, qui permettent de disposer de professionnels supplémentaires plus rapidement que pour les professions médicales** ;
- l'organisation des soins (répartition des missions entre ville et hôpital, élargissement des compétences des professionnels paramédicaux, etc.) ;
- les conditions d'exercice pour optimiser le temps des professionnels ;
- des interventions pour encourager les professionnels à se positionner sur les territoires où l'offre de soins est la plus déficitaire.

L'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement, ainsi que la fidélisation des professionnels de santé en Île-de-France, sont des enjeux majeurs sur lesquels l'ARS Île-de-France s'emploiera à intensifier ses actions, en lien étroit avec ses principaux partenaires.

Ces enjeux s'inscrivent également pleinement dans le cadre de la concertation territoriale menée en Île-de-France, souhaitée par le ministre en charge de la Santé et de la Prévention à l'occasion du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé), visant à envisager des solutions locales et engager l'ensemble des partenaires locaux dans leur mise en œuvre.

Cinq types d'action sont ainsi envisagés et visent à :

- renforcer l'attractivité des secteurs sanitaires et médico-sociaux et accompagner le début de l'activité professionnelle,
- former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières,
- soutenir l'engagement des professionnels de santé,
- connaître et anticiper les tensions RHS,
- disposer de leviers opérationnels efficaces pouvant être actionnés en période de tension RH.

AXE DE TRANSFORMATION N° 5

Gérer, anticiper et prévenir les risques

La gestion des risques consiste en un « *processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet de diminuer la survenue des risques et de leurs conséquences par l'identification, l'analyse, l'évaluation des situations dangereuses et des risques qui causent ou qui pourraient causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement et le contrôle des risques résiduels* »[3].

Cette gestion du risque consiste en la mise en œuvre d'une stratégie d'anticipation, de préparation et de définition de modes de gestion de crise, mais également de renforcement de la soutenabilité globale du système. Cette dernière suppose de pouvoir maintenir les fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et environnementaux auxquels le système doit faire face. La stratégie passe notamment par la résilience, c'est-à-dire la **capacité à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie** en général.

Parce que la **survenue de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est de plus en plus fréquente,** et dans des domaines toujours plus étendus, notre système de santé et les professionnels qui le composent doivent garantir une réponse adaptée rapidement. Dans ce contexte, il convient de se préparer plus largement, dans tous les champs, à l'anticipation et la gestion de ces situations : de la planification à la gestion, en s'assurant d'une prise en charge de qualité et de la mise en place d'un système résilient. Il s'agit là d'une mission essentielle de l'Agence régionale de santé Île-de-France, au sein d'une **région qui compte 12 millions d'habitants,** concentre des flux régionaux, nationaux et internationaux majeurs et est, par nature, sujette à une **concentration de risques sanitaires, environnementaux ou technologiques**. L'Agence se doit donc de préparer le système de santé francilien pour anticiper les risques et pour mieux gérer les crises si ces dernières étaient appelées à survenir.

3 Site du Ministère de la santé et de la prévention

Le renforcement du dispositif régional d'anticipation, d'analyse des risques ou de gestion des crises nécessite d'agir sur plusieurs leviers complémentaires :

- le renforcement des moyens d'anticipation et de réponse afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge (fiche 5.1) ;
- le déploiement de dispositifs de planification de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et d'atténuation des effets de la crise (fiche 5.2) ;
- le renforcement de la cyber résilience du système de santé (fiche 5.3) ;
- le renforcement de l'adaptation du système de santé au changement climatique (fiche 5.4) ;
- l'anticipation de l'évolution des besoins par une mobilisation des données, savoirs et recherches (fiche 5.5) ;
- la lutte contre l'antibiorésistance sous l'angle « Une seule santé » (fiche 5.6).

L'ensemble de ces principes doit se décliner en veillant à protéger toute la population, y compris, et parfois surtout, celle plus éloignée de l'information, plus exposée, ou plus fragile.

AXE DE TRANSFORMATION N° 6

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

Fort de la conviction partagée par tous les acteurs de la nécessité d'une action coordonnée sur les déterminants de la santé comme levier d'amélioration de l'état de santé des populations, l'axe 6 du PRS3 vise à rendre systématique la prise en compte des enjeux et des conséquences en manière d'équité en santé **dans toutes les politiques**.

Par *toutes les politiques* est entendu une **approche intersectorielle** des enjeux sanitaires et d'équité en santé dans la prise de décision des acteurs dont l'action a un impact sur les déterminants sociaux et territoriaux de santé : logement, alimentation et nutrition, sport et activité physique, politique de la ville, aménagement du territoire, caractéristiques environnementales, etc. La coopération de l'ensemble des acteurs publics et privés est donc nécessaire afin d'atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le PRS3. Il s'agira en particulier de développer encore davantage les partenariats noués avec les services de l'Éducation nationale, de la Justice ou du logement. La coopération avec les collectivités territoriales (communes, conseils départementaux, conseil régional) est également une condition majeure de réussite.

En s'attachant aux causes structurelles des inégalités dans la région où les inégalités sociales et territoriales sont les plus marquées, la **déclinaison locale et territoriale** du plaidoyer et de l'action est essentielle pour répondre aux besoins de cohérence et de lisibilité des mesures non sanitaires.

Par une approche fondée sur le gradient social et l'universalisme proportionné, cet axe décline la mobilisation des compétences intersectorielles pour l'efficacité de l'action en santé, d'une part, par une entrée territoriale (territoires défavorisés, équité en santé dans l'aménagement du territoire et l'urbanisme, déclinaison territoriale des enjeux de santé mentale) et, d'autre part, par certains déterminants clés (conditions d'habitat et de logement favorables à la santé, accès et pratique d'activités physiques, comportements nutritionnels et accès à une alimentation favorable à la santé).

4

Conditions de la réussite : cinq leviers transversaux

Le cadre d'orientation stratégique ne pourra être mis en œuvre qu'à la condition d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs énoncés et des actions prévues par le schéma régional de santé ainsi que par le PRAPS.

Cette mise en œuvre doit faire l'objet d'une planification pluriannuelle et cinq leviers sont identifiés pour permettre les conditions de déploiement des projets :

- la **poursuite de l'animation à l'échelle régionale et territoriale au plus près des besoins des territoires,**
- l'ancrage de la **méthode « Conseil national de la refondation en santé » (CNR Santé)** pour la concertation et l'émergence de solutions au plus près des besoins des territoires,
- la **mobilisation des ressources financières** que pilote l'ARS Île-de-France et leur priorisation,
- la **mobilisation de la donnée et du numérique à des fins de pilotage et d'évaluation,**
- la **communication comme levier de mise en œuvre des politiques publiques.**

LEVIER 1

Déployer notre action au plus près des besoins des territoires

La réussite du déploiement territorial est une des conditions premières de réalisation du projet régional de santé 2023-2028. Une approche centrée sur les lieux de vie doit, en effet, partir d'une **analyse des besoins conduite au plus près des patients, de l'offre de santé localement disponible** et de ses potentialités ou de ses contraintes, des **opportunités territoriales** de transformation de l'offre de santé, des interactions entre professionnels, des initiatives des collectivités territoriales et des élus, ainsi que des conditions de vie quotidiennes des patients et usagers. La vision et les initiatives des acteurs de terrain seront le levier essentiel de la mise en œuvre de ce PRS, dans une **approche nécessairement différenciée en fonction des territoires**.

Dès lors, **l'adaptation de l'animation territoriale** aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé. Il convient, à ce titre, de garantir la cohérence de l'action, tout en agissant de manière graduée et adaptée afin de répondre aux besoins spécifiques des territoires. Par exemple, la préparation de la réponse au vieillissement de la population exige une politique d'ensemble qui permet de construire des parcours de santé avec des réponses adaptées à chaque niveau de territoire : services à domicile à l'échelon communal ou intercommunal ; Ehpad à l'échelon départemental ; hospitalisation dans le cadre d'une « filière gériatrique » ; centres de référence sur les maladies dégénératives et recherche (niveau régional).

Dans la continuité de la gestion des dernières crises sanitaires et dans l'esprit des récents CNR Santé territoriaux, la méthodologie de l'Agence doit, dorénavant, consister à amplifier la capacité collective à agir plus encore dans la proximité, à mieux différencier l'action selon le territoire dans le dialogue avec les parties prenantes, à construire ensemble les objectifs communs et mettre en œuvre les projets nécessaires dans le cadre des politiques impulsées au niveau national en fédérant l'ensemble des acteurs locaux autour de politiques locales de santé. La conduite de projets territoriaux doit devenir l'outil de déploiement des politiques publiques dans les territoires. L' ambition est, ainsi, **d'assurer non seulement l'équité territoriale à l'échelle de la région, mais aussi l'adaptation,**

la souplesse d'organisation et la réactivité au niveau infraterritorial, en mobilisant l'ensemble des acteurs (élus, services de l'État, professionnels de santé, Assurance maladie, collectivités locales, représentants d'usagers, associations, etc.) dans une logique de responsabilité partagée et en assurant une **solidarité** entre les territoires et entre les acteurs.

Cela passe notamment par la montée en puissance de l'action conduite entre acteurs et partenaires *via* les **contractualisations sur le champ santé** avec les territoires éligibles, dont l'ARS Île-de-France est déjà partie prenante (contrats locaux de santé (CLS), contrats territoriaux de santé, contrats territoriaux en santé mentale…). Ce dialogue contractuel passe aussi par une meilleure inscription et une **meilleure lisibilité des enjeux sanitaires au cœur des projets transversaux de territoire** (contrat de plan État-Région (CPER), contrats de ruralité, contrats de ville, etc.).

Cette stratégie de valorisation et d'amplification des politiques contractuelles au profit des dynamiques territoriales de santé implique parallèlement de **renforcer les moyens dédiés à l'animation territoriale** et d'apporter un appui méthodologique à l'accompagnement des projets des acteurs de santé au sein des territoires. Elle nécessite aussi de tenir compte des opportunités présentes dans les territoires ou au contraire des contraintes empêchant d'agir. L'animation territoriale doit adapter ses outils et ses objectifs aux potentialités des différents territoires.

L'adaptation de cette organisation implique une certaine **souplesse dans la mise en œuvre**, pour répondre aux évolutions permanentes du système de santé et aux enjeux de réduction des inégalités de ce dernier. Un accompagnement devra être proposé pour mettre en œuvre ces nouvelles organisations et adapter les leviers (réglementaires, contractuels, etc.) à un territoire (ses caractéristiques socio-démographiques, ses indicateurs socio-sanitaires, etc.), ainsi qu'à ses acteurs (maturité des acteurs sur les thématiques santé, configuration du tissu associatif, nature des relations institutionnelles, place des différents « offreurs » de santé, etc.), tant au niveau de l'ARS Île-de-France et de ses délégations départementales que des partenaires concernés. Il conviendra **d'intégrer le plaidoyer et l'articulation avec les autres politiques publiques** dans cette animation, tout particulièrement lorsque ces politiques sont fondées sur une approche territoriale (politique de la ville, par exemple). L'adaptation aux différents territoires (adaptation du niveau de territoire, adaptation des méthodologies d'animation et adaptation des dispositifs eux-mêmes) constitue le fondement de la transformation de l'organisation du système de santé.

LEVIER 2

Ancrer la méthode « Conseil national de la refondation en santé » (CNR) pour la concertation et l'émergence de solutions au plus près des besoins des territoires

Le Conseil national de la refondation se conçoit comme une méthode de travail et de concertation, une « rhétorique de l'action » selon les mots du président de la République, qui vise à faire émerger des solutions pragmatiques via le partage de constats factuels entre acteurs des territoires, le déploiement local de solutions identifiées comme adaptées, parfois via des expérimentations, avant une éventuelle généralisation suite à une évaluation positive des résultats attendus. L'administration, en l'occurrence l'ARS, est placée au service de cette méthode. Elle est là pour appuyer les acteurs et donner la boîte à outils pour inventer les bonnes réponses.

Pour le CNR Santé, **le triptyque d'acteurs mobilisés au cœur de ce CNR sont les professionnels de santé, les élus et les usagers**. Quatre thématiques prioritaires de travail ont été identifiées : **médecin traitant, accès aux soins, attractivité des métiers et prévention**.

En Île-de-France, il a été décidé d'adjoindre trois thématiques complémentaires dans certains départements : maladies chroniques, santé mentale et addictions. Les travaux du CNR Santé se sont organisés sur l'ensemble des territoires sous l'égide des conseils territoriaux de santé, qui ont rassemblé l'ensemble des acteurs volontaires. Dans la région, la première phase du CNR Santé, qui visait à identifier des propositions d'actions ou de solutions à mettre en œuvre pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé, s'est déroulée de la mi-octobre à la mi-décembre, et s'est conclue par une restitution régionale organisée le 14 décembre 2022.

Trois canaux de remontées de propositions ont été mis en place en Île-de-France :

- **des concertations territoriales :** 28 concertations ont été organisées sur l'ensemble du territoire francilien ; ces concertations ont été principalement portées par les conseils territoriaux de santé (CTS), appuyés par les délégations départementales, l'ARS Île-de-France, les caisses primaires d'assurance maladie, les préfectures et les collectivités territoriales ; dans le respect de la méthode CNR, les

modalités de concertation (durée et composition des groupes de travail) ont pu varier selon les territoires (exemple : une journée d'ateliers/groupes de travail et restitution plénière à Paris ; quatre soirées de travail thématiques en Seine-Saint-Denis) ;

- **des contributions écrites :** 54 contributions ont été transmises à l'ARS Île-de-France par des acteurs régionaux ;
- **un sondage régional :** avec une dimension quantitative, près de 3000 Franciliens interrogés, et une dimension qualitative : trois focus groupes (catégories « jeunes », « aidants », « ouvriers/demandeurs d'emploi »).

Au total, ce sont environ **160 propositions concrètes qui ont été remontées par les acteurs**.

Il faut souligner la **grande mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire, aussi bien acteurs de la sphère santé qu'élus.** Les concertations ont été organisées dans un calendrier très contraint et ont mobilisé au total plus de 1000 participants sur l'ensemble du territoire francilien. Les participants ont dans leur ensemble plébiscité cette méthode de travail qui a eu le mérite de décloisonner les acteurs (entre territoires, entre secteurs, entre modalités d'exercice, etc.) et de mettre autour de la table pour trouver des solutions des parties prenantes qui n'ont pas forcément l'habitude d'échanger.

Depuis le début 2023, la phase 2 du CNR Santé a été lancée. Dans chaque territoire, toujours sous l'égide des CTS, entre une et quatre actions ont été priorisées afin de faire l'objet d'un déploiement. Chaque groupe de travail, soutenu par l'ARS, est ainsi mobilisé pour déterminer les conditions opérationnelles de lancement de ce chantier, définir les conditions de réussite, mobiliser les acteurs puis évaluer les résultats.

L'ensemble des actions CNR ainsi priorisées sont identifiées au sein du schéma régional de santé, dont elles contribuent à la mise en œuvre.

LEVIER 3

Dégager des marges de manœuvre financières, mieux prioriser les financements

En 2021, les dépenses publiques de santé relevant de l'état financier régional obligatoire représentaient 43,8 Md€, soit 17,4 % des dépenses nationales. Parmi ces dépenses, près de 11 Md€ relèvent de dotations attribuées, avec des marges de manœuvre très diverses, par l'ARS Île-de-France.

Le COS a fixé en 2018 les lignes directrices du programme d'allocation des ressources financières, avec deux axes principaux :

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

L'ARS Île-de-France s'est depuis structurée afin de répondre à ces objectifs, en créant une direction dédiée au pilotage budgétaire et à celui des chantiers stratégiques, permettant ainsi de renforcer la cohérence entre les choix politiques et stratégiques et l'allocation des ressources. Cette direction assure notamment le pilotage du fonds d'intervention régional, levier principal de financement des politiques et initiatives régionales, ainsi que la mise en œuvre de la maîtrise des risques financiers.

Les lignes directrices fixées en 2018 sont bien sûr toujours d'actualité, afin de garantir une gestion efficiente et transversale des ressources de l'Agence.

Sur la période 2023-2028, et pour accompagner au mieux la mise en œuvre des objectifs stratégiques et des actions identifiés dans le cadre du PRS3, la déclinaison opérationnelle du programme d'allocation des ressources financières sera articulée autour de trois priorités :

- **pluriannualité :** la mise en place d'un pilotage pluriannuel des ressources financières répond à un double objectif. D'une part, donner une plus grande visibilité aux opérateurs et leur permettre de déployer leurs actions sur un temps plus long et dans de meilleures conditions, et d'autre part, permettre à l'ARS Île-de-France d'anticiper

au mieux ses besoins de financement, sur plusieurs exercices et en tenant compte du rythme de montée en charge des politiques régionales ;

- **évaluation :** le renforcement de l'évaluation des actions financées par l'ARS Île-de-France s'inscrit dans le cadre de l'ambition plus globale portée par le PRS3 en matière d'évaluation des politiques publiques. L'objectif est non seulement de réorienter les dispositifs et actions au regard des résultats atteints, mais également, dans le cadre d'un dispositif de contrôle interne budgétaire rénové, de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources en soutien des priorités identifiées.
- **territorialisation :** la politique d'allocation des ressources financières a vocation à prendre en compte les besoins spécifiques des territoires, à l'échelon départemental voire infradépartemental. Cela peut se traduire par la déconcentration au niveau départemental de certains choix d'allocation des ressources (choix de l'opérateur, de l'action mise en œuvre ou du montant alloué) ou par une évolution des modalités de répartition des financements entre départements. Ces évolutions nécessitent notamment la production d'outils et de données permettant d'éclairer la décision au niveau local, de rendre compte des ressources mobilisées sur le territoire et d'évaluer les actions à la maille territoriale.

LEVIER 4

Mobiliser les données et le numérique à des fins de pilotage et d'évaluation

La place du **numérique en santé et des données s'est considérablement développée au cours des dernières années**, notamment pendant la crise sanitaire du Covid-19, qui a permis d'accélérer le déploiement de ces outils et de mettre en lumière leur intérêt à la fois pour améliorer la prise en charge des patients et pour piloter les politiques publiques.

L'enjeu consiste aujourd'hui à **poursuivre le perfectionnement de ces outils et à accroître leur utilisation,** tant au sein des institutions publiques qu'auprès des établissements et professionnels de santé et du grand public.

Cela passera notamment par un accompagnement **de tous les professionnels de santé pour déployer les outils numériques** (ex. : outil régional de coordination des parcours, Mon espace santé, outils de télésanté…) et développer **leurs usages**, à la fois pour améliorer les prises en charge et faciliter le quotidien des professionnels.

Cela passera également par la poursuite du développement **d'outils de recueil, d'analyse et de restitution des données** dans un objectif d'amélioration des prises en charge, de pilotage des politiques publiques et de partage transparent des données auprès du grand public. Les données seront mobilisées, à la fois à un niveau régional, mais aussi à un niveau territorial afin de fonder les actions de l'Agence sur une analyse précise de la situation spécifique d'un territoire ou d'une certaine typologie de patients. Le développement d'outils prédictifs ou s'appuyant sur l'intelligence artificielle sera également recherché durant la période du PRS3. L'objectif de l'Agence est également d'élargir les sources de données disponibles afin d'éclairer, mieux comprendre et mieux agir sur certaines thématiques qui manquent encore d'éléments de suivi. **Les partenaires de l'Agence appellent notamment à améliorer la disponibilité de données sur le champ du handicap et de la santé environnementale.**

Une attention particulière sera portée, d'une part, à l'**inclusion numérique**, pour veiller à ce qu'une partie de la population ne soit pas exclue de l'accès aux outils numériques, et, d'autre part, aux enjeux **éthiques** pour le respect des droits des patients.

LEVIER 5

S'appuyer sur la communication comme levier de mise en œuvre des politiques publiques

L'information et la communication en santé doivent, de plus en plus, être des leviers à part entière des politiques publiques, notamment en vue de :

- sensibiliser les habitants et usagers à des comportements plus favorables à la santé,
- toucher plus directement les professionnels agissant dans le champ de la santé, et mettre en place une relation suivie avec ceux qui seraient intéressés par la participation aux initiatives portées par l'Agence ou sur les territoires,
- conduire une stratégie de sensibilisation et d'influence à destination des décideurs de politiques publiques non sanitaires mais dont l'impact sur la santé est fort.

Cela implique des modalités de communication plus souples, réactives et personnalisées, qui se développeront sur la durée du PRS et en appui de ses différents objectifs. Cela implique également que l'enjeu du « numérique inclusif en santé » soit systématiquement pris en compte, de manière à ce que les populations ayant le moins facilement accès aux outils numériques (pour des motifs de précarité, de littératie, de handicap…) ne soient pas exclues par ses progrès.